

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 37

ESSAI DE CLASSIFICATION CLINIQUE

DES

TUBERCULOSES RÉNALES

AU POINT DE VUE DES

Indications et Contre-Indications de la Néphrectomie

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 13 Décembre 1910

PAR

LOUIS LANDRET

Elève à l'Ecole du Service de Santé militaire
Né à Monts-sur-Guesnes (Vienne), le 1^{er} mai 1886



LYON

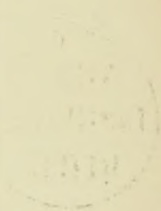
IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

14, rue Bellecordière, 14

1910



Digitized by the Internet Archive
in 2026



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910. — N° 37

ESSAI DE CLASSIFICATION CLINIQUE

DES

TUBERCULOSES RÉNALES

AU POINT DE VUE DES

Indications et Contre-Indications de la Néphrectomie

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 13 décembre 1910

PAR

LOUIS LANDRET

Elève à l'Ecole du Service de Santé militaire
Né à Monts-sur-Guesnes (Vienne), le 1^{er} mai 1886



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

14, rue Bellecordière, 14

1910



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVF,
LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstetricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique.....	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Physique médicale.....	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie.....	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	BEAUVISAGE
Physiologie.....	GUIART.
Pathologie interne.....	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	RENAUT.
Anatomie pathologique.....	MORAT.
Médecine opératoire.....	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	COURMONT (P).
Médecine légale.....	PAVIOI
Hygiène.....	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.....	ARLOING.
Pharmacologie.....	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.....	NOVÉ-JOSSERAND	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.....	MOREAU,	—
Embryologie.....	RE GAUD,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LEPINE.	NOGIER.	TAVERNIER
REGAUD.	LESIEUR.	LATARGET	CADE
COMMANDEUR.	Etienne MARTIN	BRI TIN	MOURIQUAND
GAYET.	LAROYENNE	L'RICHE	ARLOING (F.)
NEVEU-LEMAIRE	VORON.	THEVENOT	GUILLEMARD
PATEL.			

M. BA YLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, Président ; ROCHET, Assesseur ;
MM. GAYET et PATEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A NOTRE PRÉSIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE LYON

*Nous le prions d'accepter nos vifs
remerciements pour les observa-
tions qu'il a bien voulu nous com-
muniquer et pour l'honneur qu'il
nous fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TEISSIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
A LA FACULTÉ DE LYON
ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Grâce à ses précieux conseils,
nous avons pu rédiger la partie
médicale de ce travail.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

CHARGÉ DU COURS DE CLINIQUE DES MALADIES
DES VOIES URINAIRES
CHIRURGIEN EN CHEF DE L'ANTIQUAILLE

*Il nous a confié ce travail ; au
cours de son exécution, il ne nous
a ménagé ni son aide, ni ses conseils.*

*Le meilleur de cette étude lui
appartient.*

*Nous l'assurons de notre vive
gratitude.*

INTRODUCTION

Le traitement de la tuberculose rénale a fait l'objet de nombreux travaux et a donné lieu à d'intéressantes discussions dans diverses sociétés savantes; mais, à l'heure actuelle, médecins et chirurgiens s'accordent à reconnaître la valeur de la néphrectomie qui supprime à la fois l'organe malade et le foyer tuberculeux.

De nombreuses statistiques ont été publiées qui sont venues affirmer la valeur de cette opération; mais ces statistiques sont des statistiques globales, composées d'éléments hétérogènes, qui ne visent pas les diverses catégories dans lesquelles on peut grouper les tuberculeux rénaux. Il importe pourtant de bien différencier les cas, pour apprécier les indications et les contre-indications de la néphrectomie.

A l'heure actuelle, c'est-à-dire une dizaine d'années après les premiers travaux d'ensemble publiés sur la question, et alors que de très nombreuses observations de néphrectomie, dans les cas les plus divers, ont surgi de toutes parts, on peut peut-être tenter l'essai d'une catégorisation. Evidemment cette tâche est très délicate et nous n'avons pas la prétention d'apporter dans ce modeste travail des données définitives au point de vue de cette clas-

sification et des indications ou contre-indications à la néphrectomie. Mais on peut déjà poser quelques bons jalons, car il y a plusieurs catégories où l'accord est fait ; pour les autres, nous dirons ce que nous pensons d'après les lectures que nous avons pu faire et les cas particuliers que nous avons pu observer.

« Fragmentons la difficulté, disait Descartes, en autant de parcelles qu'il se peut, pour la mieux résoudre ». A cet effet, nous plaçant en face des principaux cas cliniques, nous rangerons les tuberculeux rénaux en 7 catégories principales, selon l'unilatéralité ou la bilatéralité des lésions et aussi selon l'étendue de ces lésions. Notre classification n'englobe certes pas tous les cas observés en clinique, mais les cas principaux. Encore une fois, *ce n'est pas une classification définitive, mais un essai de classification.*

A propos de chaque catégorie, nous donnerons l'opinion des maîtres actuels, puis nous y joindrons l'opinion que nous partageons avec notre maître, le Professeur Rochet. A l'appui de nos dires, nous citerons quelques observations *typiques* ; nous ne multiplierons pas les observations qui sont en général superposables les unes aux autres dans chaque catégorie. Ce n'est pas une statistique que nous apporterons ; dans une question aussi importante, ce ne sont pas les chiffres qui comptent, mais la valeur des faits observés.

Nous écartons de notre sujet les néphrites tuberculeuses, bilatérales, ne donnant pas de pyurie, mais donnant le cortège symptomatique des néphrites

banales. Cependant, il est des cas où l'un des reins étant nettement malade, l'autre rein peut présenter de la néphrite tuberculeuse, ce qui doit entrer en ligne de compte lors de la discussion de l'intervention. Nous en parlerons au cours de notre exposé.

Nous occupant spécialement de l'intervention, *nous laisserons donc de côté, de propos délibéré, ce qui a trait à l'anatomie pathologique, à la pathogénie, à la technique opératoire, voire même aux nombreux moyens de diagnostic employés en clinique*; ce ne sera évidemment qu'après avoir épuisé le cycle complet de toutes les explorations, que l'on sera en droit de tenter la néphrectomie.

Sans avoir la prétention d'établir des règles absolues et définitives, nous croyons cependant faire œuvre utile, en apportant notre contribution à l'étude de cette question si délicate et si complexe.

PREMIÈRE CATÉGORIE

Un des reins est très malade (1). gros, multilobé (type de la pyonéphrose); l'autre paraît complètement sain (2).

Dans ces cas, la néphrectomie est absolument indiquée, sauf de très rares contre-indications.

Le rein, en effet, n'a plus aucune valeur fonctionnelle; il est transformé en une poche de pus, source d'infection pour la vessie et le rein opposé d'une part, menace pour l'état général d'autre part. En pratiquant la néphrectomie, on supprimera donc à la fois le foyer tuberculeux et la cavité de rétention septique.

La néphrostomie, dans ces cas, est une opération

(1) Nous appelons rein très malade, celui dont la valeur fonctionnelle est notablement diminuée, et qui donne, outre l'inoculation positive, de l'urine tout à fait purulente; ou bien sur lequel le cathétérisme ou n'est pas possible par oblitération de l'uretère, ou ne donne pas de pus pur, le rein étant transformé en pyonéphrose plus ou moins fermée. Dans ce dernier cas, la palpation permet de constater une véritable tumeur rénale, à cause du volume des abcès ou de la rétention purulente.

(2) Nous appelons rein complètement sain, celui qui, bien entendu, ne donne pas d'inoculation positive, mais donne de l'urine *très claire*, sans pus apparent, et *non albumineuse*.

incomplète et insuffisante, et comporte des suites fâcheuses ; car on laisse subsister le foyer tuberculeux qui est l'origine de nouvelles poussées fébriles, et l'opération est suivie d'une fistule intarissable, qui affaiblit le malade et qui est une porte ouverte à l'infection. Comme Guyon et Albarran (Congrès de Chirurgie 1898) l'ont bien montré : « La néphrostomie est loin de donner l'amélioration constante dont parlent les auteurs. Parfois, on observe à peine une diminution de la fièvre et quelque soulagement dans les souffrances des malades ; et si, le plus souvent, il est vrai, on observe un soulagement réel et une amélioration évidente de l'état général, cette amélioration est malheureusement de courte durée. Quelque temps après la néphrostomie, on constate le retour des phénomènes qui avaient nécessité l'intervention ; il faut alors recourir à la néphrectomie secondaire.

« Ces inconvénients de la néphrostomie ont fait que certains chirurgiens préconisèrent dans les pyonéphroses tuberculeuses de faire d'abord la néphrostomie, et de pratiquer ensuite la néphrectomie secondaire précoce. Il est, en effet, des cas, comme nous le dirons plus bas, où cette conduite doit être appliquée, mais elle ne doit pas être érigée en ligne de conduite ». Les statistiques de Guyon et Albarran (Congrès de chirurgie, 1898) ont montré en effet que la néphrectomie secondaire était d'une gravité supérieure à celle de la néphrectomie primitive. Mieux vaut donc pratiquer d'emblée la néphrectomie primitive.

Y a-t-il vraiment des contre-indications à la néphrectomie primitive, dans les cas de cette catégorie?

Comme l'a dit Albarran (Ass. urol., 1907), il ne faut pas s'en laisser imposer par *l'état général*, car la lésion du rein peut suffire à elle seule à expliquer l'amaigrissement, la cachexie; des malades, même cachectiques, supportent bien la néphrectomie, et c'est alors que l'on peut assister à de véritables résurrections. Cependant, quand l'état général est trop précaire, si l'on redoute le shock opératoire, il est prudent de pratiquer la néphrostomie. Celle-ci parera aux accidents de rétention (crises douloureuses, accès thermiques), soulagera le malade, lui permettra de se relever un peu, et l'on pourra pratiquer alors la néphrectomie secondaire.

Les lésions tuberculeuses, même prononcées, *des poumons*, ne seront pas une contre-indication formelle à la néphrectomie.

Les lésions *vésicales*, même accentuées, ne seront pas une contre-indication; elles pourront s'améliorer quand on aura soustrait la vessie à l'apport constant de bacilles charriés par l'urine; en tout cas, le traitement institué pour les lésions vésicales elles-mêmes aura des résultats plus favorables.

Les lésions *génitales* (de la prostate, des vésicules, des testicules) ne constitueront pas une contre-indication; elles pourront s'améliorer, mais parfois aussi nécessiteront une opération complémentaire. (Voir seconde catégorie).

Tout le monde est d'accord sur ces faits aujour-

d'hui, et ce ne sont plus à l'heure actuelle des conclusions nouvelles. En 1890, au Congrès de chirurgie de Berlin, Madelung conseillait déjà la néphrectomie. Dans sa thèse, 1890, inspirée par Jaboulay, Guillaud soutenait les mêmes idées. En 1898, au Congrès de Chirurgie, Guyon et Albarran déconseillaient la néphrostomie dans les pyonéphroses tuberculeuses. Puis, Legueu, Pousson, Michon, Hartmann et d'autres chirurgiens se rallièrent à ces conclusions, qui ont été admises à l'unanimité lors du Congrès international d'urologie de 1908.

Les résultats immédiats et éloignés justifient pleinement l'intervention. Les observations de ce genre ne se comptent plus maintenant. Nous pouvons y ajouter, comme contribution à l'étude de ces cas, les observations suivantes, dues à l'obligeance du Prof. Rochet, ayant trait à des malades dont l'opération remonte déjà à une date un peu ancienne, et qui peuvent, par conséquent, servir à l'histoire des résultats lointains pour les cas de cette première catégorie.

OBSERVATION 1 (Personnelle).

S..., 40 ans, menuisier.

Entre à l'hôpital (décembre 1902) pour des troubles vésicaux survenus depuis un an.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Père mort d'un néoplasme de l'estomac. Mère morte bacillaire à l'âge de 60 ans. Une sœur morte à 25 ans à la suite d'un refroidissement. Marié; un fils âgé de 15 ans; la femme est bien portante.

A l'âge de 19 ans, eut une bronchite qui l'obligea à garder le lit pendant un mois et demi. Depuis cette époque, le malade a toujours conservé une tendance marquée aux bronchites. Pendant son service militaire, fièvre typhoïde et fluxion de poitrine. Depuis quelques années, se plaint de troubles gastriques mal déterminés, que l'on peut rattacher aux habitudes éthyliques. Ni blennorrhagie, ni σ φ .

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — L'affection actuelle a débuté il y a un an et demi (en 1900) par des troubles de la miction ; les besoins étaient plus fréquents, le malade devait se lever plusieurs fois la nuit pour uriner ; puis il constata que ses urines renfermaient un peu de sang à la fin de la miction ; les urines d'abord claires, bien qu'hématiques, deviennent bientôt troubles et purulentes ; en même temps le malade accusait des douleurs de plus en plus vives au moment de la miction.

Il y a 4 mois, les besoins d'uriner étant de plus en plus impérieux (le malade urinait tous les quarts d'heure en moyenne), il consulta un médecin, qui conseilla les injections d'huile iodoformée en même temps qu'un traitement général.

Etat actuel :

MICTIONS. — Les mictions sont moins impérieuses ; les besoins d'uriner se renouvellent toutes les heures et demie ; les douleurs ont à peu près disparu.

URINE. — Modérément trouble, de réaction acide, renferme un peu d'albumine, inoculation positive. — Urines des 24 h. = 2.400 gr.

URÈTHRE. — Cathétérisme facile.

VESIE. — Assez tolérante à l'injection. Capacité 200 gr.

TOUCHER RECTAL. — Rien aux vésicules ni à la prostate.

TESTICULES ET ÉPIDIDYMES. — Induration de la queue de l'épididyme droit.

REINS. — Le malade accuse des douleurs profondes dans la région lombaire gauche. — La palpation du rein gauche est douloureuse, le rein apparaît volumineux malgré la défense musculaire. — Le rein droit n'est pas perceptible.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Assez bon ; le malade aurait perdu, dit-il, 6 kilos en 6 semaines. Poids 62 kg. 500.

L'appétit a disparu, les digestions sont lentes, pénibles, le malade accuse une sensation de pesanteur au creux épigastrique.

Aux poumons, légère obscurité au sommet droit.

Rien au cœur.

Température : ne dépasse pas 38°5.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Orifice urétéral droit normal. Orifice urétéral gauche rouge et irrégulier. — On cathétérise l'uretère droit, l'urine sort par éjaculations très nettes. — L'urine est claire, limpide, ne renferme ni albumine, ni sang, ni pus.

Inoculation de l'urine droite = négative.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES.

	Urines totales		Urines droites
Urée.....	12 gr. 012	} par litre	16 gr. 40
Phosphates en P ²⁰⁵	1 gr. 050		2 gr. 60
Chlorures.....	5 gr. 50		7 gr. 50

Cristaux d'acide urique.

Quelques cellules épithéliales.

4 février 1902. — NÉPHRECTOMIE GAUCHE PAR LA VOIE LOMBAIRE. — Incision curviligne. On arrive sur un rein énorme, bosselé. On crève une série de bosselures par où s'écoule une substance caséeuse. Le rein est rempli de cavernes. Ablation du rein. Deux pinces à forcipressure sur le pédicule. L'uretère est énorme et semble intéressé par le processus. Drainage à l'aide de mèches et de deux drains.

Examen histologique : On voit de grosses cellules épithéliales parsemées de belles cellules géantes. Ça et là des nodules embryonnaires isolés. D'ailleurs, sclérose marquée de tout le parenchyme rénal dans le voisinage de ces lésions.

8 février. — Pansement. On enlève les mèches et les drains. La plaie est en bonne voie de cicatrisation. Bon état général.

9 avril. — Bon état général. Plaie presque fermée. Les urines sont légèrement troubles. Les envies d'uriner sont devenues plus fréquentes (10 par jour). L'urine filtrée contient un fort disque d'albumine. *Exeat*.

Les urines du malade furent troubles pendant 6 à 8 mois après sa sortie de l'hôpital. Mais le malade a repris depuis

son métier de menuisier. Il n'accuse aucune douleur, a engraisé.

Il présente actuellement un bon état général. Les urines sont claires. La guérison se maintient depuis 1902.

OBSERVATION II (Personnelle)

G..., femme de 30 ans.

Traitée depuis de longs mois déjà pour cystite. Volumineuse pyonéphrose droite. Urines du rein gauche absolument claires avec inoculation négative.

Néphrectomie en décembre 1902.

Cette malade a été revue régulièrement et à différentes reprises ; depuis l'intervention n'a jamais souffert.

Les dernières nouvelles de la malade datent du mois de septembre 1910. Les urines sont claires. La malade se dit complètement guérie.

OBSERVATION III (Personnelle)

X..., femme de 32 ans.

Grosse pyonéphrose droite avec phénomènes de cystite douloureuse très accentués. Le cathétérisme n'a pas été fait (en raison de l'époque) ; mais la malade avait les crises cliniques typiques de la rétention purulente alternant avec des urines claires. Le rein opposé n'était ni douloureux, ni perceptible. L'inoculation des urines totales était positive.

Néphrectomie droite en 1899.

La malade a été revue régulièrement depuis l'intervention. Au bout d'un an avait engraisé de plusieurs kilogs ; les troubles vésicaux ont été un peu longs à disparaître complètement ; au bout d'un an gardait encore trois à quatre mictions la nuit. Mais tout s'est arrangé et, en 1908 (dix ans après l'intervention), la malade ne songeait même plus à son opération. Elle ne souffre pas, ses urines sont claires ; elle présente même un certain degré d'embonpoint et peut exercer sans peine sa (profession de servante.

OBSERVATION IV (Personnelle)

S..., 24 ans, boulanger.

Entre à l'hôpital le 15 décembre 1908 pour des phénomènes douloureux dans la région de l'hypochondre gauche.

ANTÉCÉDENTS. — Père bien portant. Mère morte de suites de couches. Une sœur bien portante.

Personnellement, pas de maladies dans l'enfance. Bonne santé habituelle. A fait quatre ans de service militaire. Célibataire. Une blennorrhagie ; pas de syphilis, pas d'éthylisme.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Le malade fait remonter à deux ans environ le début de sa maladie. Etant encore au service militaire, il aurait ressenti pendant la nuit dans l'hypochondre gauche une douleur brusque assez forte, qui n'aurait disparu que dans la journée suivante, sans aucune médication. Le malade qui, avant cette crise douloureuse, n'aurait remarqué aucun phénomène anormal du côté de son appareil urinaire, continue dans la suite à avoir des mictions normales avec urines claires. A ce moment, le diagnostic fut celui de douleurs névralgiques. Le malade reste dix mois sans souffrir. Puis sans cause apparente, les douleurs surviennent de nouveau dans l'hypochondre gauche et dans la région lombaire correspondante. Elles durent un ou deux jours, présentant une légère augmentation pendant la nuit. Ces phénomènes douloureux se répètent environ tous les dix ou quinze jours, parfois un mois s'écoule sans que le malade souffre.

Il y a six mois environ seulement, le malade s'aperçut que ses urines étaient rouges, pendant toute la durée de la miction. Ces hématuries totales étaient indolores et ne survenaient qu'à des intervalles irréguliers ; elles n'étaient pas influencées par le repos. Dans l'intervalle des mictions sanglantes, les urines étaient claires ; le malade n'y aurait jamais constaté de graviers ; les mictions n'étaient ni douloureuses, ni plus fréquentes.

Depuis environ quinze jours, les douleurs sont devenues plus fréquentes, les urines troubles. L'épreuve radiographique est négative.

A l'entrée (15 décembre 1908) :

MICTIONS. — Les mictions ne sont pas douloureuses ; deux ou trois mictions le jour, une ou deux la nuit.

URINES. — Depuis son entrée dans le service, le malade n'a pas eu d'hématurie, mais les urines sont troubles à la miction et par le repos laissent déposer une couche de pus. Quantité : 1.200 grammes.

VESSIE. — Bonne capacité.

TOUCHER RECTAL. — Rien à signaler.

TESTICULES ET ÉPIDIDYMES. — Néant.

REINS. — Le malade se plaint de douleurs au niveau de l'hypochondre gauche et dans la région lombaire. Ces douleurs sont continues, mais assez faibles, présentant parfois pendant la nuit quelques paroxysmes ; pas d'irradiations. La palpation de l'hypochondre gauche est peu douloureuse et permet de sentir un rein gros. Le rein droit n'est pas senti.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Malade assez robuste, quoique un peu maigre. Appareil digestif : la palpation de l'abdomen n'est pas douloureuse, bon appétit, langue bonne, le malade va bien à la selle. Appareil respiratoire : le malade ne tousse pas, ne s'enrhume pas facilement en hiver. — Rien à noter à l'auscultation. Rien au cœur. Réflexes rotuliens exagérés. Température aux environs de 39°.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL.

Le 24 décembre, on fait la cystoscopie, mais le pus est si abondant qu'il est impossible d'apercevoir les orifices urétraux.

Le 31 décembre. — L'orifice urétéral gauche est rouge et irrégulier. — On cathétérise l'uretère droit et on obtient une éjaculation de 3 à 4 gouttes toutes les 20 secondes ; d'autre part les urines recueillies sont claires et limpides.

L'analyse chimique des urines du côté droit montre le bon fonctionnement de ce rein.

L'INOCULATION DES URINES est faite.

Le cobaye à qui on avait inoculé les urines du rein droit, très claires d'ailleurs, est mort spontanément et prématurément ; l'autopsie a été négative.

A noter que l'autopsie du cobaye à qui on a inoculé les urines totales a été négative ; toutefois l'examen macroscopique du rein enlevé et l'examen histologique ont montré qu'il n'y

avait aucun doute au point de vue de la tuberculose de ce rein.

9 janvier 1909 : INTERVENTION. NÉPHRECTOMIE DU REIN GAUCHE.

On fait du côté gauche une incision oblique allant de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la douzième côte. — Le rein est difficilement décollable. On ligature l'uretère et on place une pince sur le pédicule rénal. On draine.

Le rein enlevé est gros et contient des excavations énormes occupant la substance médullaire et la substance corticale.

SUITES. — Le malade va bien. La température, qui était au voisinage de 39° avant l'opération, tombe à la normale. Urines, 1.600 grammes.

La cicatrisation de la plaie est totale en moins de deux mois. Sort le 14 février 1909.

NOUVELLES DU MALADE. — Le malade, revu un an après l'opération, est tout à fait guéri, a des urines absolument claires.

DEUXIÈME CATÉGORIE

Un des reins n'est pas transformé en pyonéphrose, ne donne pas de tumeur, mais est très malade ; l'autre paraît complètement sain.

La différence avec la catégorie précédente vient ici de ce que le rein malade n'est souvent pas facilement perceptible en clinique, et ne forme pas de ces masses qui, comme dans le cas précédent, peuvent acquérir les dimensions d'une tête d'enfant et plus.

Nous n'aurons pas beaucoup à nous appesantir sur ces faits, au point de vue thérapeutique ; car, dans ces cas, très fréquents en clinique, médecins et chirurgiens s'accordent encore à reconnaître la égitimité de la néphrectomie, comme pour les précédents.

Sans doute, on a pu voir des malades présentant un rein tuberculeux, qui ont pu supporter assez longtemps leurs lésions, sans que leur santé générale soit compromise, chez lesquels on a pu croire même à la guérison ; mais ces faits sont rares et n'infirmant pas la règle générale d'une thérapeutique qui compte de si nombreux succès.

La néphrostomie n'a même plus l'excuse qu'elle

pouvait avoir dans les cas précédents, car elle s'adresse à des reins qui, souvent, ne présentent pas de gros foyers de suppuration. Par la simple incision du rein, il est impossible, dans la plupart des cas, d'ouvrir la totalité des cavernules contenues dans le rein. On laisse en place des foyers tuberculeux qui seront l'origine de nouvelles poussées fébriles et de nouveaux abcès, s'opposant au relèvement durable de l'état général et aggravant de plus en plus l'état local. D'ailleurs, la persistance d'une fistule oblige à recourir ultérieurement à la néphrectomie secondaire ; or, la gravité de la néphrectomie secondaire est supérieure à celle de la néphrectomie primitive.

La néphrectomie pourra donner des guérisons, au sens vrai du mot, en supprimant le foyer tuberculeux, alors que tout est encore limité à lui comme infection. On évitera l'infection des voies urinaires inférieures, la tuberculisation de l'autre rein, on supprimera les accidents locaux (douleurs rénales, cystalgie, etc).

Mais, si l'accord est fait entre médecins et chirurgiens pour reconnaître la légitimité de la néphrectomie, quelques médecins croient devoir attendre pour intervenir, que les lésions tuberculeuses, assez discrètes et silencieuses, parfois, de ces reins, s'accroissent dans le sens d'abcès plus étendus, ou de douleurs vives et persistantes, ou se compliquent de cystite douloureuse chronique. Quelques auteurs, Le Für, notamment (Soc. méd. de Paris, 1^{er} mai 1910), croient même l'intervention discutable, quand

il n'y a pas de retentissement sur l'état général. Cette temporisation nous paraît fâcheuse, car, s'il n'y a pas péril en la demeure, le danger persiste et les accidents locaux et généraux pourront se précipiter avec une rapidité telle qu'il ne sera plus temps d'intervenir. La vessie, l'autre rein pourront se prendre gravement, et on devra alors assister, en spectateur impuissant, à l'évolution d'une lésion dont on aurait pu enrayer la marche, en intervenant, lorsque l'état général était encore satisfaisant et le rein opposé encore bon.

Les contre-indications véritables à la néphrectomie sont, encore ici, très restreintes.

La résistance de *l'état général* n'entre guère en cause, dans ces cas, le plus souvent; la perte des forces, la déchéance générale, ne sont jamais bien accusées dans cette seconde catégorie, à moins d'avoir affaire à des sujets déjà âgés ou bien affaiblis par des tares antérieures ou des causes spéciales; et même alors, comme l'a fait remarquer Albarran, il ne faut pas s'en laisser trop imposer par le mauvais état général, la lésion du rein pouvant suffire à elle seule à l'expliquer; aussi observe-t-on une très rapide amélioration après l'intervention.

En présence de *lésions pulmonaires* avancées, lorsqu'il existe des cavernes ou des signes de ramollissement, on ne doit pas intervenir; tandis que la néphrectomie sera indiquée lorsqu'on est en présence de lésions torpides, fibreuses, ou de simple induration des sommets.

Les lésions même étendues de la *muqueuse vésicale* ne sont qu'exceptionnellement une contre-indication à la néphrectomie.

Les résultats immédiats et éloignés affirment la valeur de cette opération. Ils sont évidemment différents selon que la néphrectomie aura été pratiquée dans les cas de tuberculose rénale *simple* (limitée au rein) ou de tuberculose rénale *compliquée* (étendue à la vessie, à la prostate, aux testicules, etc).

a) Dans les cas de tuberculose rénale simple, les résultats immédiats et éloignés sont en général remarquables, alors même qu'une portion importante du rein est détruite par les cavernes. Les douleurs lombaires et les *troubles vésicaux* disparaissent ou s'atténuent très rapidement; il est même remarquable de voir combien s'améliorent la fréquence et les douleurs de la miction, dans les jours qui suivent l'ablation du rein, lorsque ces troubles vésicaux sont purement d'origine réflexe. Chez des malades présentant des troubles vésicaux, sans lésions spécifiques de la vessie, Israël a vu l'amélioration s'établir après l'opération dans 78 % des cas.

L'appétit redevient bon, les forces renaissent, *l'état général* s'améliore rapidement.

Très nombreuses sont les observations qui relatent des cas de guérison remontant à une époque déjà lointaine. Comme elles sont presque toutes superposables les unes aux autres, nous nous contenterons de citer l'observation suivante, comme type.

Nous la devons à l'obligeance de notre maître, le Professeur Rochet.

OBSERVATION V (Personnelle)

Marie B..., 38 ans.

ANTÉCÉDENTS. — Parents vivants et bien portants. Ni frère ni sœur. Personnellement, pas de maladie dans l'enfance. Réglée à 12 ans ; toujours régulièrement depuis. Mariée : trois enfants bien portants et une fausse couche d'origine traumatique.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Les phénomènes urinaires qui amènent cette malade à l'hôpital ont commencé il y a trois ans. Ils consistaient à cette période en des douleurs dans la région lombaire droite. Ces douleurs n'ont jamais revêtu un caractère important, jamais n'ont eu l'air de coliques néphrétiques, jamais d'irradiations le long de l'urètre ni en aucun point de la paroi abdominale. C'étaient au contraire, des douleurs sourdes, gravatives. Elles cessaient par le repos, n'ont jamais empêché la malade de dormir et reprenaient avec les efforts prolongés. Mais, par moments, elles cessaient et laissaient la malade tranquille de deux à trois mois, même quand elle accomplissait des travaux pénibles. Pas de phénomènes de recrudescence au moment des règles. Toujours à cette même époque, il y a trois ans, la malade, en même temps que ces douleurs, avait des envies plus fréquentes d'uriner ; mais elle n'a pas remarqué que ces mictions plus fréquentes aient précédé la douleur lombaire. Les mictions alors étaient au nombre de 6 à 7 par jour. La nuit elles ne réveillaient pas la malade et celle-ci n'avait pas d'incontinence. Elles étaient accompagnées d'une légère cuisson après la miction. Les urines, à cette époque, n'ont guère été remarquées, mais la malade est persuadée de n'y avoir jamais vu ni sang, ni calculs, ni poussière lithiasique.

Depuis cette époque (1905) jusqu'à décembre 1907, les mêmes phénomènes douloureux persistent avec de légères rémis-

sions. En décembre 1907, les douleurs devinrent plus aiguës, mais n'obligeaient pas la malade à garder le lit. La malade n'a jamais remarqué d'une manière nette que pendant les phénomènes douloureux il y avait une grande oligurie, ni à leur cessation une débâcle polyurique; ils duraient une heure à peine, cessaient avec des applications chaudes. L'urine ne contenait, dit la malade, ni sang, ni calculs, ni poussière.

En janvier 1908, les douleurs devinrent plus intenses. La malade dit que non seulement la région lombaire droite était douloureuse, mais aussi la région gauche. Les douleurs sourdes d'il y a trois ans étaient peu à peu remplacées par des douleurs plus aiguës, véritables coliques néphrétiques, assez vives pour nécessiter le repos au lit. Les douleurs partaient de la région lombaire gauche, atteignaient le côté droit et suivaient nettement le trajet de l'uretère droit. Il n'y eut jamais aucune douleur abdominale gauche. Les coliques duraient deux à trois heures environ. Après ces crises la malade n'urinait pas plus que de coutume et s'endormait. Ces phénomènes persistant, la malade entre à l'hôpital.

Etat actuel :

REINS ET URETÈRES. — La région lombaire droite est peu douloureuse. Le rein droit est abaissé; on peut le saisir dans les grandes inspirations forcées; ne pouvant remonter à l'expiration, il produit une violente douleur. En somme, rein droit subjectivement malade, abaissé, mais pas augmenté de volume. La région lombaire gauche n'est pas douloureuse. Le rein n'est pas perçu. Aucune douleur sur le trajet des deux uretères.

VESSIE. — L'exploration de la vessie montre une vessie assez tolérante; sa capacité = 350. L'exploration au Thomson ne montre aucun calcul, ne donne aucune sensation de dureté. On ne perçoit pas de colonnes, la muqueuse ne saigne pas.

TOUCHER VAGINAL. — Cul-de-sac postérieur libre, non enflammé et souple. Le cul-de-sac latéral droit est enflammé et douloureux. Le doigt formant crochet peut saisir un conduit dilaté et facilement perceptible qui a le diamètre d'un crayon de dimensions ordinaires. En saïssissant ce conduit avec le doigt en crochet et en se dirigeant en avant, on le sent très

bien aborder la vessie, dont le plancher au niveau du cul-de-sac antérieur est très douloureux. Ce conduit est donc l'uretère droit. Au niveau du cul-de-sac latéral gauche, on réveille de la douleur, mais l'uretère n'est pas perceptible.

MICTIONS douloureuses, 6 mictions le jour, 3 la nuit.

URINES troubles, peu abondantes. Quand la malade souffre dans sa région lombaire, elle a de fausses envies d'uriner et n'urine que de très petites quantités. Pour 24 heures, 900 grammes.

RADIOGRAPHIE. — Epreuve négative.

ETAT GÉNÉRAL passable. La malade a maigri dans ces derniers temps. Rien à signaler dans les autres appareils, pas de localisations bacillaires. Un petit kyste thyroïdien médian.

La température est un peu supérieure à la normale.

14 avril 1908. — CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. La vessie est peu sensible. L'uretère droit est immédiatement perçu sous la forme d'une longue bande rougeâtre tranchant nettement sur la coloration rosée environnante. On le cathétérise facilement. Les premières gouttes retirées sont légèrement hématiques et purulentes, mais, après une injection d'eau qui chasse les caillots, on retire une urine très dense uniformément trouble. Par le repos, on a un gros dépôt, mais à la partie supérieure le trouble persiste.

L'uretère gauche est normal, les urines coulent très claires ; on a 4 ou 5 gouttes toutes les 20 secondes, très régulièrement. Elles ne contiennent pas d'albumine.

INOCULATION de l'urine du rein gauche : autopsie du cobaye négative. Le cobaye inoculé avec les urines du rein droit présente de nombreux tubercules dans le foie et dans la rate, et de gros ganglions.

17 avril, NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE DROITE. — La décortication du rein est rendue très difficile par une périnéphrite qui déjà fait soupçonner un rein bien malade. En effet, le rein présente des bosselures, mais quoique d'aspect extérieur multilobé, ce rein ne présente de foyers purulents que vers son pôle inférieur et sa partie moyenne, où il y avait deux ou trois cavernes, dont la plus grosse avait la dimension d'une noix. Le reste du parenchyme, surtout vers le pôle supérieur, n'était pas excavé, il semblait qu'on avait affaire à des tubercules

comme enkystés, semblables à ceux que l'on trouve parfois dans les épiphyses. Un des foyers était rempli d'une sorte de mastic ressemblant, comme consistance, au contenu d'un kyste dermoïde. Le bassin et l'uretère sont épaissis.

SUITES DE L'INTERVENTION. — Les urines des 24 heures = 1.200 grammes. La température est normale. A fait une phlébite double et une inoculation de sa loge opératoire. Mais tout s'est arrangé et la malade quittait l'hôpital le 16 juillet presque complètement guérie.

DERNIERES NOUVELLES DE LA MALADE, octobre 1910. La malade va bien, peut faire son ménage, les urines sont claires. A pris de l'embonpoint.

b) Dans les cas de tuberculose rénale compliquée, les résultats sont moins parfaits, mais néanmoins très appréciables.

L'état général s'améliore, l'appétit redevient bon, les forces renaissent, le malade engraisse de plusieurs kilogs.

La néphrectomie a souvent une influence très heureuse sur les *lésions vésicales*.

Quand les lésions sont peu avancées, dans les cas où les lésions siègent au pourtour de l'uretère malade, et où la capacité vésicale n'est pas très diminuée, l'ablation du rein, source constante d'infection, rend possible la guérison des lésions vésicales ; le contrôle cystoscopique met le fait hors de doute. En tout cas, le traitement médical, impuissant avant l'intervention, deviendrait efficace après l'opération, comme l'ont montré Casper, Rovsing, Saxtorph, Hallé et Motz, Desnos, Israël. Mais ce processus de cicatrisation est lent, ce qui expliquerait, d'après Israël, la persistance de certains symptômes vésicaux. La douleur à la miction est le pre-

mier symptôme qui disparaît; la fréquence persiste souvent pendant des années.

Quand les lésions sont plus avancées, l'amélioration est lente; les troubles vésicaux peuvent même persister comme avant l'opération avec toute leur gravité et leur intensité, et le chirurgien doit alors recourir au traitement de la cystite elle-même par la taille vésicale; M. Rochet a dû intervenir dans un cas semblable. Nové-Josserand (Soc. de Chirurgie, Lyon 1897) et Legueu en ont aussi publié des cas. (Voir notre Obs. XVII).

Les *complications génitales* peuvent retrecéder, mais souvent nécessitent une opération complémentaire. Ces faits sont bien connus. Alors que la néphrectomie était encore de date récente, Mandach et Riedel (Centralblatt für Chirurgie, 1884) constataient l'aggravation d'une épididymite tuberculeuse pour laquelle ils durent intervenir; ils citent aussi l'observation d'une malade qui dut subir une ovariectomie double deux ans après la néphrectomie. Parmi les cas plus récents, citons les observations de Carlier (Th. Gérard 1909) qui sont caractéristiques. Chez une malade (Obs. 2), seize mois après la néphrectomie, Carlier enlève l'ovaire gauche et les deux trompes qui présentent des lésions tuberculeuses. Chez un malade (Obs. 18), deux mois après la néphrectomie, Carlier fait la castration d'un testicule augmenté de volume, suppuré. Le Für (Obs. I, Soc. méd., Paris, 1910) dut intervenir sur un testicule suppuré quelque temps après l'intervention.

La *tuberculose pulmonaire* peut bénéficier de l'opération, grâce à l'amélioration de l'état général. Nombreuses sont les observations où l'on a noté que les lésions pulmonaires n'avaient pas progressé. Mais, par contre, on a vu les lésions s'aggraver et les malades mourir de tuberculose pulmonaire quelque temps après l'intervention.

*
* * *

Ajoutons encore que les femmes néphrectomisées peuvent supporter leur grossesse sans influence fâcheuse, et que les enfants qui naissent d'elles se trouvent dans des conditions de santé et de viabilité suffisantes. Cette question est bien connue maintenant. Vignerot en cite déjà des observations dans sa thèse. En 1904, Legueu, Lepage et Couvelaire rapportaient, à la Société d'obstétrique de Paris, l'observation d'une femme, qui avait subi la néphrectomie vers le troisième mois de la grossesse, et qui avait mené cette grossesse à terme, l'enfant pesant 3.530 grammes. A la même Société, Pinard, Routier, Hartmann, entre autres, ont présenté des observations de femmes néphrectomisées qui avaient pu supporter une et même plusieurs grossesses. Pousson (Journal de Méd. de Bordeaux 1907) et Raffin (Ass. franç. urologie, 1909) ont également fait des communications intéressantes à ce sujet.

*
* * *

Est-ce à dire que les résultats de la néphrectomie sont toujours favorables? Non certainement, un cer-

tain nombre de malades meurent parfois, quelques années après l'intervention, de tuberculose de l'autre rein, de tuberculose pulmonaire, etc. Comme disait le Prof. Guyon dans ses cliniques : « On ne peut avoir l'ambition de mettre pour toujours, à l'abri de la tuberculose, un individu qui y est prédisposé. Le rôle du chirurgien terminé, c'est au médecin de commencer le sien ».

TROISIÈME CATÉGORIE

Un des reins est peu malade (1); l'autre paraît complètement sain

Ici, nous touchons à la question délicate de l'intervention précoce dans la tuberculose rénale.

Il convient tout d'abord de s'expliquer à ce sujet et de bien différencier les cas.

I) Nous nous occuperons, en premier lieu, de ce que l'on est convenu d'appeler *cliniquement* la tuberculose primitive du rein.

a) Il arrive très rarement que des lésions tuberculeuses rénales occasionnent des hématuries qui, par leur durée ou leur abondance, mettent la vie du malade en danger; mais elles peuvent être l'origine de douleurs lombaires vives ou de troubles vésicaux réflexes très intenses, privant le malade de tout sommeil, transformant sa vie en un véritable martyre.

(1) Nous appelons rein peu malade (mais tuberculeux), celui dont l'urine donne une inoculation nettement positive, mais qui est simplement un peu louche dans l'ensemble ou avec de petits grumeaux nageant dans de l'urine claire, qui même souvent contient de l'albumine, et qui a une bonne teneur en urée et chlorures.

Dans ces cas, nous croyons, avec tous les auteurs, à la nécessité de l'intervention. Il y a déjà longtemps que l'on a pratiqué des néphrectomies pour remédier à de semblables accidents. Schede, Casper, Tuffier, Routier, Loumeau, Albarran ont publié des observations de ce genre. Les résultats immédiats et éloignés ont justifié l'intervention. Voici quelques observations typiques.

2) En ce qui concerne la forme hématurique de la tuberculose rénale, on a cité des cas où l'hématurie était tenace au point de durer un mois et demi (Routier), trois mois (Czerny), quatre mois (Habershon), sept mois et demi (Pousson), quatre ans et demi (Tuffier). Voici les observations typiques que nous citons d'après Dieulafoy (Traité de pathologie interne).

OBSERVATION VI

(ROUTIER, *Bulletin de la Société de Chirurgie*, mars 1895).

L'observation de Routier concerne une jeune femme qui fut prise, sans cause, sans douleur, d'une hématurie qui se reproduisait à chaque miction. Les urines étaient très sanguinolentes, noirâtres, la quantité de sang perdu était considérable; aussi la malade, après cinq semaines de ces hématuries, était-elle pâle, exsangue, exténuée, cachectique, et ne pouvant même plus se tenir debout. Plusieurs fois, cette femme fut prise de douleurs néphrétiques, suivies, non pas de l'expulsion de calculs, mais de l'expulsion de caillots, cause des douleurs simulant la colique néphrétique. Le rein droit est douloureux et augmenté de volume. L'examen cystoscopique permet de constater que le sang s'écoule dans la vessie par l'uretère droit. Cette femme était menacée de mourir d'hématurie; l'opération est pratiquée six semaines après le début des hématuries, et

Routier enlève le rein. Dès l'opération, les hématuries cessent immédiatement, complètement et la malade recouvre la santé. Quelques mois plus tard, son mari écrivait « que les urines étaient toujours claires, que la malade avait une mine superbe et avait engraisé ». Le rein, examiné par Pilliet, ne présentait qu'un foyer tuberculeux, limité à un calice, au niveau de la voûte artérielle du rein, mais ce foyer tuberculeux avait suffi pour provoquer de terribles hématuries.

OBSERVATION VII

(TUFFIER, *Annales des maladies genito-urinaires* juillet 1893)

Cette observation concerne une femme, qui sans cause appréciable, sans symptômes prémonitoires, sans douleur, fut prise d'une hématurie violente et abondante. Cette hématurie fut très passagère, car dès les mictions suivantes, l'urine avait repris sa coloration normale, mais pendant *quatre ans et demi*, plusieurs fois par an, ces hématuries se succèdent, ayant chaque fois une durée de 10, 12 et 14 jours. Dans l'intervalle des périodes hématuriques, les urines sont absolument normales, la malade n'accuse aucun phénomène douloureux, ni avant ni après le pissement de sang. Une dernière hématurie fut tellement abondante, que la malade, prise pendant un voyage, dut s'arrêter quinze jours dans une gare. A la suite de ces pertes de sang, abondantes et prolongées, la malade est pâle, décolorée, cachectique. L'examen cystoscopique montre que le sang s'écoule dans la vessie par l'uretère gauche. En face d'accidents aussi redoutables, Tuffier se décide à enlever le rein gauche et l'opération est suivie d'un excellent résultat. Le rein enlevé a des dimensions normales ; sur le bord convexe et aux deux extrémités on trouve des saillies blanchâtres, fluctuantes, abcès tuberculeux dont le liquide inoculé détermine la tuberculose. A la coupe de l'organe on constate trois autres abcès tuberculeux à la jonction des substances corticale et médullaire, sans communication avec le bassinets. Le bassinets et l'uretère sont absolument sains. Il s'agit donc d'une tuberculose primitive, corticale du rein gauche, s'étant révélée pendant quatre ans et demi par des hématuries abondantes, souvent renouvelées et ayant évolué sans aucun autre symptôme,

sans douleur, sans pyurie, sans albuminurie, sans fièvre, sans tumeur.

β) En ce qui concerne la forme douloureuse de la tuberculose rénale nous rapporterons l'observation suivante que nous citons d'après Dieulafoy (loc. cit.)

OBSERVATION VIII

(TUFFIER. *Archives générales de médecine*, mai 1892)

La malade qui concerne l'observation de Tuffier était soignée depuis quelques années pour des soi-disant coliques néphrétiques. Les douleurs débutaient à la région lombaire, s'irradiaient dans le flanc et dans l'aîne avec vomissements répétés, et cessaient après quelques heures. Ces crises revenaient tous les mois, plusieurs fois par mois.

A un moment donné les urines devinrent purulentes, sans gravelle; puis apparurent quelques légères hématuries. Les douleurs se rapprochant de plus en plus et augmentant d'intensité, la malade réclama l'opération. Tuffier fit l'ablation du rein douloureux et l'opération confirma le diagnostic.

Le rein était atteint de tuberculose diffuse, dans toute son étendue, avec quelques foyers de ramollissement; le bassinnet était absolument intact; il s'agissait donc d'une tuberculose rénale primitive, avec ouverture des foyers caséo-purulents corticaux dans le bassinnet.

Depuis cette époque, la malade complètement guérie de ses douleurs a repris ses travaux habituels.

Des observations analogues ont été publiées par Golding Birg (*Lancet* 1882) Mac Cornac (*Lancet* 1890) Vignerot (thèse 1892) Loumeau (*Ann. org. génito-urinaires*, 1908).

γ) L'intensité des douleurs vésicales, privant le malade de tout sommeil, l'affaiblissant, devient également une indication opératoire.

La néphrectomie améliore l'état vésical et apporte

un soulagement considérable à ces malades que tourmente le besoin incessant d'uriner. Nombreux sont les cas où l'on a pratiqué la néphrectomie pour obvier à une situation aussi pénible.

b) Mais en dehors de ces accidents graves qui forcent la main au chirurgien, l'infection peut être bien tolérée, ne revêtir aucun symptôme inquiétant, ne se révélant que par de l'hématurie peu abondante, parfois unique, par des douleurs lombaires fugaces ou des troubles vésicaux réflexes trop peu intenses pour effrayer le malade. Dans ces cas l'intervention est-elle bien légitime ?

Naguère encore cette question n'avait qu'un intérêt théorique, le diagnostic précoce étant quasi impossible à faire. Mais à l'heure actuelle, grâce au perfectionnement des procédés d'exploration, l'attention étant attirée de bonne heure sur la tuberculose rénale, on est parfois à même de saisir les manifestations rénales commençantes. Suffira-t-il de poser le diagnostic de tuberculose rénale pour que l'intervention soit indiquée ?

Les opinions des chirurgiens divergent à cet égard. Avant donc de prendre part dans la discussion, avant d'exposer la conduite qui nous semble meilleure en pareil cas, examinons rapidement les arguments fournis par les partisans de l'intervention et les partisans de l'abstention.

*
* *

Déjà en 1886, Brodeur préconisait l'intervention précoce ; Palet, en 1893, soutenait la même idée ;

mais les véritables promoteurs et défenseurs de la néphrectomie précoce furent Albarran et Tuffier.

En 1897, à l'Association Française d'Urologie, Albarran disait : « Toute tuberculose rénale, en dehors même des hématuries graves et des douleurs, est justiciable de la néphrectomie, alors que les lésions sont encore muettes ».

En 1898, Tuffier (Traité de chirurgie Duplay et Reclus) écrivait : « Toute tuberculose rénale, primitive et unilatérale, le reste de l'organisme étant indemne, diagnostiquée au début, doit être extirpée ».

Fenwick, en Angleterre, Israël en Allemagne, Zuckerkandl, en Autriche, Kelly, en Amérique, se firent les défenseurs de cette idée. Peu à peu le plus grand nombre des chirurgiens se rangèrent à leur opinion, et lors du Congrès International d'Urologie, en 1908, Ceccherelli, Guizy, Bronghersma, Fédorow, Illyès, Luys, Albarran, Pousson, Legueu, Carlier, Teissier et d'autres encore furent unanimes à déclarer que la néphrectomie devait être pratiquée le plus précocement possible.

« La progression ininterrompue du processus tuberculeux, disait Bronghersma, représente sous plusieurs rapports un danger continuuel qui menacera le malade, tant que le rein n'aura pas été extirpé ».

« L'indication d'opérer, disait Kapsammer, résulte de l'unilatéralité des lésions ».

« Diagnostic précoce, néphrectomie précoce », telle fut la conclusion du rapport d'Héresco.

Rafn, dans deux thèses successives de ses élèves,

Reynaud (1906), Pagès (1909), affirma aussi la nécessité de l'intervention précoce.

.....
Les arguments invoqués par les partisans de l'intervention sont les suivants :

1) Fréquence de la tuberculose rénale primitive, c'est-à-dire sans autres localisations dans l'organisme, unilatéralité presque constante des lésions au début ; par suite suppression du foyer infectieux et guérison radicale possible.

2° Rareté extrême de la guérison spontanée, évolution fatalement progressive de la tuberculose du rein.

3° Dangers que fait courir au malade un foyer de tuberculose même latent et bien supporté (infection du rein opposé ; infection de l'appareil urinaire inférieur ; infection généralisée).

4° Impossibilité de diagnostiquer l'étendue de la lésion rénale. Dans certains cas, en effet, on pratique une néphrectomie alors que l'on croit les lésions peu avancées, et on est tout surpris d'extirper un rein à moitié détruit par les lésions tuberculeuses, ou avec de grosses cavernes à l'intérieur.

5° Bons résultats de la néphrectomie précoce, mortalité des malades non opérés ou opérés trop tardivement. (Mais ici, faute de statistiques qui, de par le nombre des observations, pourraient avoir une certaine éloquence, on est obligé de se contenter des impressions de divers chirurgiens).

La réserve opératoire est également défendue depuis longtemps. Dans leurs thèses, Vigneron (1892), Laroche (1895) s'élèvent contre la néphrectomie précoce. Citons parmi les partisans de l'abstention : Bazy, Routier, Michon, Le Für, Deschamps, Péchère, Kornfeld, Wildbolz.

.....
Les arguments donnés par les partisans de l'abstention sont les suivants :

1° L'intervention chirurgicale ne saurait être légitimée par la prétention de supprimer un foyer de tuberculose, car la tuberculose rénale primitive, *au sens absolu du mot*, est très rare ; la tuberculose rénale est presque toujours d'origine circulatoire, par suite elle est secondaire à des lésions bacillaires quelconques de l'organisme, parfois très minimes, il est vrai ; on ne doit donc pas trop facilement enlever le rein pour tuberculose au début. Les cas où l'on n'a pas reconnu d'autres lésions bacillaires à l'autopsie sont très rares. Presque toujours le foyer tuberculeux a une source lointaine que ne tarit pas la néphrectomie. « Comme l'a dit Routier, on comprendrait qu'on enlevât un doigt, si celui-ci était le siège d'un tuberculome d'inoculation ; mais il ne faut pas enlever un rein où siège une manifestation locale d'une infection générale, parce fait que cette manifestation existe ; il faut des indications opératoires précises ». (Bazy, Société de chirurgie 1900).

Si la tuberculose rénale paraît unilatérale, le plus souvent, il est des cas où les lésions sont bilatérales

en réalité : on laisse alors en place un rein malade qui, devant seul suffire à la dépuratation urinaire, sera moins résistant, et si la tuberculose y évolue à son tour, il n'y aura plus alors aucun recours. Ce sont donc les accidents provoqués par la tuberculose rénale, bien plus que la prétention de supprimer radicalement un foyer tuberculeux, qui doivent conduire à l'intervention.

2^o S'il est vrai que la marche des accidents est en général progressive, cette évolution est souvent si lente, qu'on a tout le temps nécessaire pour remédier plus tard, s'il y a lieu, à des accidents plus sérieux. Il n'est point de phtisie galopante du rein. Parfois l'évolution de la tuberculose rénale comporte des trêves très remarquables. Médecins et chirurgiens ont observé des malades qui avaient refusé l'intervention, ou chez lesquels les lésions ne leur ont pas paru devoir relever d'une intervention chirurgicale, et qu'ils suivent depuis de longues années, constatant chez les uns une guérison qui semble complète, chez les autres une amélioration qui s'affirme de plus en plus.

Le Für a très justement insisté sur ces faits, en 1903, au Congrès d'urologie, et en mai 1910, à la Société de Médecine de Paris. Il cite plusieurs cas de tuberculose rénale traités médicalement. Il a observé, notamment, un malade âgé aujourd'hui de 45 ans, qui a présenté, il y a plus de treize ans, une poussée de tuberculose du rein droit avec hématuries abondantes, pus et bacilles de Koch dans les urines. On lui proposa alors la néphrectomie.

Cet homme n'a pas voulu se laisser opérer et, sous l'influence d'un traitement général approprié, il a cicatrisé ses lésions rénales, éclairci ses urines, guéri sa vessie; ses urines ne contiennent plus, depuis plus de douze ans, ni sang, ni pus, ni bacilles de Koch. Le Für a observé bien des cas semblables. « C'est en 5, 7, 10 ans et plus, dit-il, qu'évolue la tuberculose rénale, entrecoupée par de très longues rémissions; pourquoi donc se presser pour conseiller l'intervention ? »

M. Rochet relatait, au Congrès d'urologie d'octobre dernier, le cas de deux malades qui avaient refusé l'intervention. L'un de ces cas concerne une jeune femme ne présentant, depuis 6 ans, que quelques douleurs lombaires, une légère pyurie; le rein n'est pas gros, mais l'urine donne une inoculation positive. Depuis deux ans, il s'est même produit une amélioration. Mariée, cette jeune femme a pu supporter sa grossesse sans incident.

3° L'infection du rein adelphe et de la vessie ne se produit généralement que lors de lésions assez avancées. « Dire, pour faire accepter l'idée d'intervention précoce, qu'on voit des malades atteints de tuberculose généralisée consécutive à une tuberculose rénale, c'est dire une vérité connue depuis longtemps, à savoir qu'il y a des tuberculeux à marche rapide et envahissante » (Bazy, Soc. chirurgie, 1900); et si pareille infection générale ou pareil terrain existent chez un sujet, la néphrectomie n'enraiera rien très probablement.

4° On ne saurait imposer la nécessité de l'interven-

tion immédiate dès qu'on constate quelques bacilles avec une pyurie légère, quand les lésions n'occasionnent pas d'autres accidents. On s'exposerait à tomber sur un rein sain, ne contenant que quelques tubercules qui ne nuisent pas à son fonctionnement, ou même sur un rein simplement bacillurique, et on priverait l'organisme d'un organe essentiel. Le remède ne serait pas proportionné au mal.

5° Pour bénigne que soit la néphrectomie, elle n'en constitue pas moins une opération d'importance. Pousson, Legueu, grands partisans cependant de la néphrectomie, ont même cité (Ass. urol., 1909) des cas de mort par anurie, malgré l'intégrité du rein restant, par suite de la néphrite qui s'était développée d'une manière intensive après la néphrectomie. De plus on n'est jamais sûr que l'autre rein ne soit pas tuberculeux. Il est quelquefois bien difficile de savoir si un rein est vraiment sain : il peut y avoir des tubercules dans la substance corticale qui ne se décèlent par aucun bacille ou aucun leucocyte dans les urines. Il faut aussi songer aux lésions non tuberculeuses du rein adelphe. D'ailleurs l'ablation précoce d'un rein n'empêche pas la tuberculisation de l'autre, car, malgré l'opération radicale que le malade a subie, il n'en conserve pas moins sa prédisposition à la tuberculose. Comme disait Quénu, l'organisme est partout en déficit. L'opération n'est alors radicale que de nom (Rochet). Et, de fait, les néphrectomisés meurent fréquemment de tuberculose de l'autre rein ou des poumons.

*,
*,

M. Jaboulay, M. Rochet et nous-même, nous ne croyons pas à la nécessité rapide de l'intervention, dans le cas où le rein semble ne présenter que des lésions minimales (1) ; nous serons donc peu disposés à proposer de façon ferme et urgente la néphrectomie à un malade chez lequel, par cathétérisme des uretères, on obtiendra une urine dont l'inoculation sera positive, alors que l'examen microscopique est nécessaire pour déceler la présence du pus, ou à un malade chez lequel l'urine avec inoculation positive, sera simplement parfois un peu louche dans l'ensemble, ou contiendra de petits grumeaux nageant dans de l'urine claire. Même si, croyant intervenir sur un rein présentant déjà des lésions assez avancées, nous arrivions sur un rein macroscopiquement sain, alors que la néphrotomie ne nous montrerait que quelques tubercules ou des granulations éparses, *a fortiori* aucune lésion apparente, nous ne nous croierions pas, dans ce cas, autorisés à faire la néphrectomie.

.....
C'est ainsi que par deux fois, quoique partis pour la néphrectomie, alors que l'urine d'un rein était simplement positive à l'inoculation et que de légères douleurs rénales ou un peu de pollakiurie existaient seules, MM. Rochet et Durand ne constatèrent sur ces reins que des lésions minimales ; ils ne

(1) M. le Professeur agrégé Gayet, dans une clinique faite dans le service du Professeur Jaboulay (juin 1910), paraissait adopter cette ligne de conduite.

pratiquèrent pas la néphrectomie. Or, dans ces deux cas, les malades ont vu leurs douleurs ou les troubles vésicaux s'améliorer et disparaître, les urines sont redevenues claires, ne contiennent pas d'albumine. Quel bénéfice de plus, ces deux malades auraient-ils retiré d'une néphrectomie? On pourra dire qu'ils auraient été *plus sûrement* guéris pour l'avenir; mais la preuve en est impossible à faire. Chacun, dès lors, peut rester avec son sentiment. De ces deux observations nous citerons la suivante, parce que plus ancienne et parce qu'elle présente ce fait intéressant, à savoir que la malade a pu supporter une grossesse sans qu'aucun incident nouveau ne se produise, malgré cette condition éminemment défavorable.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le Professeur ROCHET et de M. DURAND
chirurgien des hôpitaux)

C..., femme de 20 ans.

Entre le 4 décembre 1908 à l'hôpital Saint-Pothin, dans le service du Dr Durand.

ANTÉCÉDENTS. — Mère morte d'affection utérine. Père vivant (probablement Parkinsonien). 6 frères ou sœurs tous bien portants.

Personnellement: Rougeole dans l'enfance. Pas de spécificité, pas d'éthylisme.

Réglée à 10 ans et demi régulièrement jusqu'à ces derniers temps. Il y a 5 ou 6 mois, douleurs abdominales assez vives, généralisées, plus intenses à droite cependant, avec perte de l'appétit et des forces et vomissements survenant après les repas. Les douleurs s'irradiaient dans les lombes et forcèrent la malade à s'aliter. Elle entra dans un hôpital et, 15 jours environ après, le ventre commença à augmenter de volume si notablement que la malade ne pouvait plus s'habiller. On parla

de péritonite probablement bacillaire. Au bout d'un mois le ventre diminua de volume, la malade sortit de l'hôpital au bout de 3 mois, améliorée mais non guérie. Elle put néanmoins reprendre son travail. Pendant toute cette période, les règles diminuèrent notablement. Il y a huit jours environ, l'état, toujours assez précaire, s'aggrava et la malade entra à l'hôpital. Jamais de troubles urinaires, ni rétention, ni débâcle.

Etat actuel. — La malade se plaint de douleurs abdominales et lombaires, douleurs sourdes, inégales, disparaissant par moments pour reprendre à d'autres. L'appétit a presque complètement disparu. De plus, depuis cette époque, la malade tousse et se plaint de point de côté. Eczéma de l'ombilic.

A L'EXAMEN. — Le ventre est souple et sans contracture de défense, mais uniformément douloureux ; cependant il semble qu'il y ait un point plus douloureux au creux épigastrique, avec irradiations dans la colonne ; pas de point de Mac-Burney. Zones ovariennes nettes. A droite, par la palpation bimanuelle, on sent un rein mobile un peu augmenté de volume.

Aux poumons, râles de bronchite des deux côtés.

Rien au cœur.

24 décembre 1908. — La malade est examinée par M. Rochet. Voici les résultats de l'examen :

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL : aucune lésion vésicale.

EXAMEN DES URINES. — L'urine du rein gauche est normale, celle du rein droit est un peu louche, sans qu'on puisse dire qu'elle est purulente, avec une sécrétion aussi active que du côté gauche.

L'analyse chimique a montré une bonne teneur en urée, en chlorures et en phosphates en $P^2 O^5$ pour l'urine de chaque rein.

On fait des inoculations des deux urines au cobaye. Ci-joint le résultat.

AUTOPSIE DU COBAYE INOCULÉ AVEC LES URINES DU REIN GAUCHE. — Aucun ganglion, ni dans la région de l'aîne, ni dans la région lombo-aortique, ni dans la paroi. Rate douteuse, pas d'adhérences péritonéales. Reins sains.

AUTOPSIE DU COBAYE INOCULÉ AVEC LES URINES DU REIN DROIT. — Ganglions de la paroi nombreux et caséifiés, gan-

glions lombo-aortiques. Adhérences péritonéales. Rate nettement bacillaire. Au foie petites taches bleuâtres probablement bacillaires. Les poumons sont normaux. Les reins normaux. En résumé : imprégnation totale de bacilliose.

3 janvier 1909. — On note de la tuméfaction abdominale et la percussion donne du flot. Il semble donc y avoir de l'ascite. Examen du liquide.

7 février 1909. — L'examen du cobaye inoculé a montré des ganglions axillaires. Le Professeur Nicolas après ponction d'un ganglion a examiné le pus et a constaté des bacilles de Koch.

12 février 1909. — Intervention (MM. Durand et Rochet). Incision lombaire. Le rein est assez facilement amené au dehors. On constate alors que malgré une légère augmentation de volume le parenchyme paraît sain, en tout cas rien d'anormal sur la capsule. On décide pour plus de sûreté de faire une néphrotomie, laquelle ne montre aucune lésion bacillaire appréciable ni dans le parenchyme ni dans les calices. Les deux valves du rein sont maintenues accolées pendant deux minutes, puis suturées au catgut à points séparés.

22 mars 1909. — La plaie est cicatrisée. Bon état général. La malade n'accuse aucune douleur. Diminution de la polyurie et de la pyurie. Exeat.

15 avril 1909. — La malade est revue ; très bon état général, urines claires sans albumine.

5 mars 1910. — On revoit la malade. Vers juin-juillet la malade avait notablement engraisé. Excellent appétit. Avait pourtant gardé un peu de pollakiurie, une douzaine de mictions par jour. Mariée le 4 septembre 1909. Depuis ce moment elle va un peu moins bien. Elle n'a pas eu ses règles depuis le 25 novembre.

Rein légèrement perceptible par le palper bimanuel, peu ou pas douloureux. Rien autre dans l'abdomen sauf utérus (voir plus bas).

VESSIE : La malade avait uriné vers onze heures moins un quart. Sondée vers midi, elle donne 350 grammes d'une urine un peu pâle, sans dépôt apparent, sans albumine. Cicatrice de néphrotomie très régulière et souple.

APPAREIL GENITAL : bien réglée jusqu'au 25 novembre ; de-

puis ce moment, suppression, vomissements le matin, pertes blanches. Avant le cathétérisme, utérus montant à deux doigts de l'ombilic, latérotation gauche. Après cathétérisme on ne sent plus l'utérus, mais au palper bimanuel on le retrouve en antérotation, mobile, très gros, sans que le col soit bien mou, grossesse probable, non certaine de trois mois environ.

Septembre 1910. — La malade termine sa grossesse, sans présenter aucun trouble ni subjectif, ni objectif. On examine les urines qui sont claires, sans albumine.

Il existe des observations analogues — quoique rares — rares non seulement parce que le chirurgien pratique ordinairement la néphrectomie dans ces cas, sans chercher à s'assurer de ce que le rein contient à son intérieur par la néphrotomie, mais aussi parce que les malades ne viennent souvent consulter qu'à une période plus avancée, et encore parce que la période de début est souvent méconnue.

M. le professeur Jaboulay a bien voulu, de son côté, nous communiquer l'observation d'un malade chez lequel il intervint en 1904. pensant pratiquer la néphrectomie pour des lésions assez avancées de tuberculose. Le rein fut amené à l'orifice de la plaie et incisé sur son bord convexe : de nombreuses granulations se montrèrent éparses dans le parenchyme. Les lésions ne lui paraissant pas cependant nécessiter la néphrectomie, M. Jaboulay referma la plaie. Or, depuis l'intervention (six ans) ce malade jouit d'une bonne santé, n'accuse aucun trouble urinaire, ses urines sont claires et sans albumine. Voici l'observation.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le Professeur JABOULAY)

Homme de 38 ans, d'une bonne santé antérieure, sans antécédents personnels ni héréditaires.

Est tombé malade le 21 janvier 1904. Il a ressenti des frissons et de la courbature et à dû s'aliter. Au bout de trois jours cet état de malaise a disparu.

Le 26 janvier, nouveau frisson, courbature, élancements douloureux dans la région vésicale; tout disparaît quelques jours après.

Le 16 février les phénomènes se répètent; il y a de la fièvre; les urines sont albumineuses.

Au commencement de mars, elles deviennent purulentes. On fait l'expérience des trois verres. Les urines intermédiaires sont les plus purulentes. La région lombaire droite et le flanc droit sont douloureux à la pression et par la palpation bimanuelle on circonscrit une masse tuméfiée qui paraît avoisiner le rein. La température prise régulièrement dépassait 38°; parfois même a atteint 40°.

Le malade est opéré le 29 mars 1904; le rein droit amené à l'orifice de la plaie apparaît criblé de tubercules.

M. Jaboulay fait la néphrotomie; le rein contient sur la coupe trois pyramides saines; granulations dans le reste du parenchyme. On referme la plaie.

Le malade quitte la clinique le 24 avril 1904.

Depuis lors son état est allé toujours en s'améliorant, il a engraisé de 15 kilog. depuis l'opération.

Jamais il n'a eu d'autres manifestations tuberculeuses, il a été ausculté souvent. Les urines examinées à différentes reprises ont montré parfois des traces d'albumine.

Actuellement le malade n'accuse aucun trouble urinaire, les urines sont claires, sans albumine. Etat général excellent.

Tout ce qu'on peut dire, c'est que nous ne savons pas ce qu'il adviendra de tels malades. Peut-être les lésions tuberculeuses évolueront-elles plus tard;

peut-être la néphrotomie a-t-elle suffi à enrayer la marche des lésions, la néphrotomie agissant en ce cas comme la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse (opinion que nous a émise le professeur Jaboulay). Quoiqu'il en soit de ce qu'apprendra l'avenir à ce sujet, ces faits, qui semblent devoir un peu restreindre le domaine de la néphrectomie, nous ont semblé intéressants à signaler.

Et, inversement, nous avons vu des néphrectomies qui ont été pratiquées pour des lésions tuberculeuses qui étaient encore au début de leur évolution, comme l'examen macroscopique l'a montré, et qui ont été plus ou moins rapidement suivies de tuberculose du rein unique. (Dans le cas publié par Bérard et Chalier, Lyon Médical 1907, alors qu'il n'existait que des lésions minimales du rein enlevé, en moins de deux ans la tuberculose évoluait dans le rein unique). « Il faudrait montrer, dit le Für, pour imposer l'idée d'intervention précoce, que les malades opérés assez tôt, sont à tout jamais préservés de tuberculose rénale ou autre, ou en tout cas, que les récurrences surviennent bien plus rarement après la néphrectomie. Nous ne sachons pas que cette statistique ait été encore faite ». Le Für (Soc. Méd., Paris 1910), possède des guérisons aussi prolongées par le traitement médical que par la néphrectomie.

En résumé, si nous comprenons parfaitement que certains chirurgiens se croient autorisés à intervenir dans ces cas, nous ne croyons pas, pour

notre part, devoir intervenir, tout au moins d'emblée et de façon précoce. A leur conduite militante, dès le début, nous préférons l'expectation, mais une *expectation armée*. Nous suivons nos malades attentivement, de très près, pour que, au cas où la lésion évoluerait, ou bien si de l'albumine apparaissait de l'autre côté, par exemple, indiquant que ce rein malade commence à être dangereux pour son congénère, nous ne laissions pas passer le moment où une opération pourrait donner tous ses résultats.

*
* *

Dans ces dernières années, tant en France (Teissier, Mantoux) qu'à l'étranger (Sahli, Karo, Pielicke, Wildbolz), le traitement de la tuberculose urinaire par la tuberculinothérapie a été remis en honneur. La valeur de ce traitement semble considérable, au dire des cliniciens qui l'ont mis en pratique. Ses bons effets se manifesteraient à la fois sur l'état général et sur l'état local.

C'est surtout à propos de notre troisième catégorie que le traitement tuberculinique paraît devoir donner ses meilleurs résultats. Il nous semble qu'il doit être employé, sans préjudice du traitement général et local, qu'il y aura toujours avantage à pratiquer. L'avenir nous dira dans quelles proportions ces vues sont légitimes.

II) Occupons-nous maintenant de la tuberculose secondaire du rein.

Si, comme nous le disions pour la tuberculose primitive du rein, il n'y a guère pour nous d'indications opératoires que dans l'intensité des douleurs rénales ou vésicales, et l'abondance ou la répétition des hématuries, il va de soi que ces conclusions s'appliquent avec encore plus de force dans la tuberculose secondaire. Car ici, le principal argument des néphrectomistes d'emblée, la suppression du foyer de tuberculose, tombe de lui-même.

QUATRIÈME CATÉGORIE

Un des reins est très malade ; l'autre n'est pas très sain (1), mais non positif à l'inoculation cependant.

Nous devons distinguer les cas suivants :

α) *L'albumine existe en petite quantité (30, 50 centigrammes, jusqu'à 1 gramme) avec ou sans cylindrurie (cylindres hyalins ou cylindres granuleux en très petit nombre).*

Comme Albarran et Maugeais (Th. Paris 1908) l'ont montré, cette albuminurie et cette cylindrurie sont dues à l'influence réactionnelle irritative du rein tuberculeux sur son congénère. Elles constituent un signe précoce d'une lésion rénale légère ; peut-être même ne sont-elles dues qu'à de simples poussées congestives ; mais le rein fonctionne bien, sa perméabilité est normale, les urines limpides ne contiennent ni pus, ni bacilles. Dans ces conditions, la faible présence d'albumine ou de cylindres ne

(1) Nous appelons rein pas très sain (mais non tuberculeux), celui qui donne une urine très claire, sans pus apparent, mais avec *albuminurie* et parfois même *cylindrurie* (intoxication par les néphrotoxines du rein opposé).

doit pas être une contre indication à la néphrectomie; elle constitue même, comme on l'a dit très justement, une indication opératoire, puisqu'elle est causée, entretenue et aggravée par l'apport incessant de toxines qui viennent du rein tuberculeux, et qui ont une action élective sur l'épithélium du rein congénère (Castaigne et Rathery, Pousson, Albarran, Bernard et Maugeais).— Le Prof. Teissier a insisté longuement et très justement sur ces notions très importantes.

Certes, il est des cas où l'intervention a conduit à des désastres : Albarran a vu — dans des cas rares, il est vrai — l'augmentation de la néphrite banale, la cylindrurie et les œdèmes apparaître, et la néphrite devenir assez rapidement mortelle. — Guizy, Héresco, ont vu évoluer des cas semblables.

Néanmoins, presque toujours, quand l'albumine n'existe encore qu'en faible quantité, on observe après la néphrectomie d'abord, parfois une augmentation légère, puis une diminution rapide et finalement la disparition de toute trace d'albumine, dans un délai variant de quelques semaines à quelques mois. C'est ainsi qu'Albarran (Ann. org. génito-urin., 1908), sur 60 malades appartenant à notre catégorie, a vu l'albuminurie légère disparaître avant le cinquième mois. — Boddaert (d'Amsterdam) rapporte au congrès international d'urologie deux observations de tuberculose rénale, dans lesquelles une néphrite assez intense a disparu après la néphrectomie. — Rafin (Th. Pagès) cite des observations analogues.

Lorsque l'albuminurie est plus importante (0 gr. 80 par exemple), surtout lorsqu'elle s'accompagne de cylindrurie, la disparition en est souvent très lente; dans quelques cas même, l'albuminurie reste définitive, quoique compatible avec un bon état général. Albarran (loc. cit.) cite le cas d'un malade qu'il avait néphrectomisé et chez lequel, depuis trois ans, les urines contenaient de 30 à 50 centigrammes d'albumine par litre et quelques rares cylindres hyalins. Rafin (Th. Pagès) cite quatre observations dans lesquelles l'albumine persiste depuis longtemps. Legueu (Ass. urol. 1907) chez un malade néphrectomisé depuis cinq ans, a vu persister une albuminurie abondante, sans pus, sans leucocytes, et s'installer quelques petits signes de néphrite chronique. Escat (Ass. urol. 1907) chez une femme néphrectomisée, alors qu'avant l'intervention le rein non tuberculeux éliminait 0,80 centigr. d'albumine par litre, a vu disparaître cette albumine deux ans après l'intervention. Voici deux observations dues à l'obligeance du Professeur Rochet; chez la malade de l'obs. XI, nous voyons l'albuminurie disparaître en deux ans et demi: chez la malade de l'obs. XII, albuminurie et cylindrurie ont mis un an à disparaître.

OBSERVATION XI (Personnelle)

C. . . , femme de 40 ans.

Un rein très malade, gros, sans dégénérescence pyonéphrotique complète, comme l'a montré la pièce où l'on voyait une grosse caverne dans le pôle inférieur et deux ou trois foyers

caséux dans le reste du parenchyme; l'uretère n'était pas oblitéré.

Le second rein donnait de l'albumine très nette. Par le cathétérisme de l'uretère, on obtenait une urine légèrement grumeleuse.

Nephrectomie en 1907.

La malade a mis longtemps à se rétablir, gardant de la fièvre, des urines peu claires, assez rares même parfois.

A l'heure actuelle (depuis trois ans), guérison complète, elle exerce son métier de laitière, a beaucoup engraisé.

Depuis trois mois, les urines ne présentent plus d'albumine.

OBSERVATION XII (Personnelle).

C..., femme de 37 ans.

Bien portante jusqu'à il y a deux ans. A la suite d'une grippe, dit elle, elle commença à avoir des urines troubles, quelques symptômes de cystite, légère d'abord, qui s'était aggravée beaucoup depuis l'hiver dernier. La malade s'était mise aussi à souffrir du côté droit; mais, comme autrefois elle était sujette à des coliques hépatiques, on n'y avait pas attaché grande importance.

Depuis trois ou quatre mois, on sent le rein du côté droit très nettement distinct du foie, et même ces derniers temps (décembre 1907), le rein a bien acquis le volume d'une tête d'enfant à terme, avec un ballottement très caractéristique.

La fièvre s'est allumée aussi depuis quelque temps et la température oscille entre 38° le matin et 39° le soir.

La cystoscopie montre une vessie très sale, il faut de nombreux lavages vésicaux pour éclaircir le milieu et on est obligé de la pratiquer à différents jours d'intervalle. On arrive enfin à voir l'orifice urétéral du côté gauche et on le cathétérise. L'urine filtrée est un peu louche, la sécrétion se fait d'une façon active. On inocule l'urine à un cobaye qui, sacrifié deux mois plus tard, ne donnera pas de lésions; mais les urines totales ont donné depuis longtemps et à différentes reprises, une inoculation positive. L'urine gauche donne un disque notable d'albumine. L'analyse y révèle quelques cylindres hyalins, mais une bonne teneur en urée et en chlorures.

Néphrectomie extracapsulaire droite (fin décembre 1907). Le rein n'avait pas de périnéphrite (ballottement très net du reste). Il est énorme, bourré de cavernes.

Suites opératoires très simples.

La malade a conservé longtemps encore de la cystite (car la malade avait été très infectée); mais, depuis plus d'un an, tout a disparu. Elle n'accuse plus aucun trouble, a engraisé de huit kilogs et les urines revues à différentes reprises étaient claires, sans albumine.

Souvent donc, après la néphrectomie, on observe, sinon la guérison, du moins l'amélioration des lésions de néphrite.

Ces conclusions, présentées déjà en 1907, par Albarran, à l'Association française d'urologie ont été admises par la majorité des chirurgiens, Pousson, Escat, Legueu, Rafin, Rochet entre autres. Elles ont été confirmées lors du congrès international d'urologie 1908, par Carlier, Bronghersma, Héresco notamment.

M. le Professeur Teissier s'exprimait ainsi, lors de la discussion des rapports :

« L'urine, chez les tuberculeux, peut contenir de l'albumine, en dehors de toute production nodulaire, sans parler de la néphrite avec cylindrurie hyaline, si bien décrite par le professeur Albarran.

« On peut observer de l'albuminurie toxique, par action isolée de la tuberculine (nous l'avons démontré avec F. Arloing). Il peut y avoir de l'albuminurie hépatogène et enfin de l'albuminurie par néphrite infectieuse superposée.

« Alors la question devient troublante, parce qu'on peut se laisser entraîner, en se basant sur ces faits

inexactement interprétés, à retarder une intervention qui pourrait être curatrice.

« J'estime donc que l'intégrité absolue *apparente* du rein opposé à l'organe condamné, ne doit plus rester la condition requise qui doit dicter l'intervention. On peut et on doit opérer, même en cas de néphrite légère, même en cas de perméabilité un peu réduite et même de bacillurie discrète du côté opposé, car il n'y a pas de plus grand danger pour le rein sain que le rein malade, dont les néphrotoxines vont constamment menacer les épithéliums de son congénère. Il semble même que, à l'exemple de l'ophtalmie sympathique, qui dicte sans retard l'énucléation, la menace de lésions naissantes dans le rein considéré comme primitivement sain, impose la néphrectomie d'urgence, à la condition, bien entendu, que le rein respecté soit encore en état de suffire à l'accomplissement d'un fonctionnement de suppléance et que les lésions tuberculeuses rénales ne soient pas en évolution aiguë. Nous aurons, pour nous fixer sur ce dernier point, l'appréciation méthodique de l'état général, les indications de l'oculo-réaction et de la tension artérielle, mais surtout les données de la séro-réaction d'Arloing-Courmont. Une séro-agglutination forte avec tension normale ou légèrement surélevée, l'oculo-réaction restant, au contraire, très modérée, nous semble, en effet, un ensemble de symptômes de pronostic particulièrement favorable ».

Dans les observations (XI et XII) que nous venons de relater, ainsi que dans les observations analo-

gues publiées par divers chirurgiens, le rein enlevé présentait des lésions tuberculeuses avancées ; dans ces cas, la présence d'albumine dans l'urine de l'autre rein, était pour nous une indication opératoire. Mais parfois, quoique parti pour la néphrectomie, le chirurgien pensant trouver des lésions assez avancées, peut se trouver en face d'un rein n'ayant pas subi de grosses modifications, ne présentant à la coupe que quelques granulations. Dans ce cas, comme nous l'avons dit pour la catégorie précédente, nous ne sommes pas disposés à pratiquer la néphrectomie en présence de lésions aussi minimales ; les faits, d'ailleurs, semblent donner raison à cette conduite, puisque dans l'observation que nous allons citer, due à l'obligeance du Professeur Rochet et de M. Durand, chirurgien des hôpitaux, nous voyons la malade ne présenter, un an après l'intervention, que des traces d'albumine, alors qu'auparavant il existait un disque très net ; de plus, cette malade présente actuellement un très bon état général, n'a plus de douleurs à la miction, les urines sont claires.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance du Professeur ROCHET et de M. DURAND,
chirurgien des hôpitaux.)

C... Mathilde, 20 ans, appréteuse.

ANTÉCÉDENTS. — Père et mère bien portants ; pourtant la mère toussa un peu pendant l'hiver. Un frère mort à sept mois, un frère réformé au service militaire pour maladie de cœur, une sœur bien portante.

Personnellement a été opérée d'appendicite à 11 ans. Depuis

cette époque n'a pas eu de maladie grave. Elle s'enrhume assez facilement.

HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE. — Depuis un an, la malade a constaté que ses urines étaient troubles, que leur quantité était augmentée, les mictions étaient douloureuses. le jet éveillait une sensation de brûlure le long de l'urèthre. 4 à 5 mictions la nuit, le jour toutes les heures. En somme, palpakiurie et polyurie évidentes depuis un an, sans jamais aucune hématurie. Depuis six mois, douleurs dans la région lombaire des deux côtés qui n'ont pas augmenté jusqu'à ces derniers temps. La malade n'a jamais eu de fièvre, elle a un peu maigri. Pertes blanches depuis longtemps.

Etat actuel (29 novembre 1909).

Bon état général. Rien aux différents appareils. Température aux environs de 38°.

REINS. — Les reins ne sont pas perçus; la palpation n'est pas douloureuse.

VESSIE ET URÈTHRE. — Le cathétérisme se fait facilement. On obtient 200 gr. environ d'urines troubles, surtout au commencement et à la fin de la miction.

URINES. — Purulentes. L'inoculation au cobaye des urines totales donne un résultat négatif. Urines des 24 heures : 1.900 gr.

MICTIONS. — Le jour toutes les heures. 5 mictions la nuit.

TOUCHER VAGINAL. — On ne sent pas les uretères.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Le 10 décembre, le cathétérisme de l'uretère gauche se fait facilement; l'orifice est large, sans rougeur autour. Il s'écoule deux gouttes d'urine toutes les 15 secondes. Donc, la sécrétion rénale est un peu ralentie de ce côté. Les urines sont claires, sauf de légers grumeaux. La moitié droite de la vessie est très vallonée, et en raison de ces irrégularités, on n'arrive pas à la première séance à faire le cathétérisme de l'uretère de ce côté.

Le 24 décembre, on tente un nouveau cathétérisme de l'uretère droit. Un bouchon de muco-pus masquait l'orifice urétéral droit; écarté par le mouvement du cystoscope, on peut apercevoir l'orifice urétéral qui est large et le cathétérisme se fait facilement. Les urines ont un disque d'albumine très net. Elles sont troubles, très pâles, il vient à un moment donné un peu de sang.

Le 14 janvier 1910, on fait un nouvel examen cystoscopique et on cathétérise l'uretère gauche assez facilement. Les urines du début étaient manifestement louches. Sur la fin, au bout de trois quarts d'heure, l'éjaculation était limpide et extrêmement abondante (30 gouttes toutes les 8 ou 10 secondes). On trouve un disque d'albumine très net (toute cause d'erreur écartée).

INOCULATION DES URINES. — Urines totales : Résultat positif.

Urines du rein gauche : Résultat négatif.

L'autopsie du cobaye inoculé avec les urines du rein droit montre une rate pleine de petites granulations et des ganglions nettement caséeux au point d'inoculation.

EXAMEN CHIMIQUE DES URINES DU REIN GAUCHE. — Urine limpide légèrement colorée en rouge brique par un peu de sang.

Urée ‰	2.56
NaCl ‰	3,20
Sucre	Néant
Albumine	Présence
Réaction	A peine acide
Densité	1005

14 février 1910. — INTERVENTION DU COTÉ DROIT (MM. Rochet et Durand). — On met à nu le rein par la voie lombaire ; la capsule est très adhérente au pôle supérieur du rein à la loge rénale, tellement qu'elle se déchire lorsqu'on essaie d'enucléer le rein de sa loge. Le rein ne paraît pas avoir subi de grosses modifications, seul son pôle inférieur est un peu augmenté de volume. Après exploration manuelle des autres régions, on incise en cet endroit et l'on ne trouve aucun foyer, ni granulations, ni cavernes ; on constate des lésions de néphrite purement médicale, un parenchyme un peu pâle. Le bassinnet ne paraît pas gros, de même que l'uretère. On suture avec des points de catgut séparés, on rentre le rein dans sa loge graisseuse, qui est suturée, on met un petit drain et une mèche et on suture plan par plan.

SUITES OPÉRATOIRES simples.

25 mars. — La malade part chez elle. La plaie est fermée, l'état général bon. Mictions : la nuit zéro, le jour cinq, non douloureuses. Urines très améliorées, à peine louches avec des traces minimales d'albumine.

Septembre 1910. — Bonne santé, urines claires avec traces d'albumine, pas de douleurs à la miction.

β) *L'albumine dépasse le gramme ; les cylindres granuleux sont plus nombreux, mais encore en petit nombre ; les cylindres hyalins sont en nombre même considérable.*

Dans ce cas, nous adoptons les conclusions suivantes du Professeur Teissier :

« La décision opératoire sera basée sur le degré de perméabilité et de capacité fonctionnelle du rein qui doit rester en place. — La présence d'éléments anatomiques dans l'urine de ce rein étant moins à considérer que sa valeur fonctionnelle.

« Si la perméabilité n'est pas trop réduite, et ne dépasse pas, par exemple, le tiers de la perméabilité normale, on peut opérer.

« Le degré de perméabilité et de capacité fonctionnelle du rein opposé au rein très malade sera établie sur :

« 1^o La valeur cryoscopique de l'urine ;

« 2^o La quantité d'urée éliminée ;

« 3^o Les résultats de l'épreuve de la phloridzine.

« On pourra opérer si l'épreuve de la phloridzine est positive, la quantité d'urée éliminée suffisante, le point cryoscopique suffisant ».

γ) *Si on trouve dans l'urine du rein non tuberculeux une albuminurie abondante, ou des cylindres granuleux en grand nombre, on se trouve en face de lésions rénales profondes ; il ne faut pas songer à l'intervention radicale, parce que l'augmentation de*

travail que doit fournir le rein laissé en place peut aggraver les altérations anatomo-pathologiques déjà existantes, le rein laissé en place ne pourra plus alors suffire à l'élimination urinaire, et la mort sera plus ou moins rapide. Albarran (Ann. organ. génito-urin. 1908) cite le cas d'un malade, présentant des cylindres granuleux dans l'urine du rein opposé, qui mourut rapidement après la néphrectomie.

CINQUIÈME CATÉGORIE

**Un des reins est très gros, très malade ;
l'autre est peu malade.**

Pendant longtemps, la moindre lésion tuberculeuse du second rein fut une contre-indication formelle à la néphrectomie. Guyon et Vigneron, Palet, Michon, Albarran et Lorenzo, Pousson n'admettaient, à l'époque et dans ces cas, que la néphrotomie. Certains chirurgiens partagent encore à l'heure actuelle cette opinion.

Cependant, déjà en 1887, Lange (New-York Medical Journal) admettait que, même dans le cas de lésions rénales bilatérales, il fallait enlever le rein le plus malade, si la gravité des symptômes commandait l'intervention. Mais ses idées ne furent pas admises et ce n'est qu'après une période de près de vingt années, que peu à peu les chirurgiens en vinrent à tenter la néphrectomie dans ces conditions.

Des discussions qui ont eu lieu au Congrès international d'urologie de 1908, il résulte qu'on est autorisé à pratiquer la néphrectomie, malgré la bilatéralité des lésions, quand l'un des reins présente des lésions tuberculeuses très avancées, est à peu près

perdu au point de vue fonctionnel, occasionne des symptômes alarmants (fièvre, douleurs rénales et vésicales vives), amène de jour en jour une aggravation très marquée de l'état général, alors que le rein qui doit rester en place est peu touché et a une bonne teneur en urée et en chlorures.

Des succès immédiats et même éloignés ont semblé devoir faire croire à la légitimité de l'intervention dans ces conditions. Quelques chirurgiens ont publié des observations heureuses.

Desnos et Minet (Traité d'urologie 1909) ont vu la chute de la fièvre et un relèvement de l'état général chez des malades opérés dans ces conditions, et dans deux cas une survie de deux et quatre ans. Deux autres malades opérés par eux, il y a quatre ans, ont une existence très supportable malgré la tuberculose de leur rein unique.

Le Für (loc. citat.) a vu des malades survivre encore 5, 6, 8 et 10 ans aux lésions du rein restant.

M. Rochet a eu deux succès inespérés dans ces conditions.

Voici les observations très intéressantes qu'il a bien voulu nous communiquer.

OBSERVATION XIV (Personnelle)

G... 31 ans,

Entre le 26 mars 1908 dans le service du Professeur Rochet à l'Antiquaille.

ANTÉCÉDENTS. — Père et mère bien portants — Personnellement pas de pleurésie, pas d'affection pulmonaire chronique,

n'a jamais toussé ni craché le sang. Une méningite à dix ans. — Trois blennorrhagies de 17 à 18 ans, sans complications vésicales ni rénales. Souffre depuis quatre ans d'une affection gastrique et a de la phosphaturie. —

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Apparition de douleurs lombaires il y a quatre mois, pas très violentes, intermittentes. Les douleurs lombaires ont été précédées, et sont très souvent accompagnées de phénomènes de cystite : envies plus fréquentes d'uriner, mictions un peu cuisantes surtout à la fin. N'a jamais eu d'hématuries. Urine claire au début de la miction, qui dépose par le repos. Aucun phénomène de rétention chronique ou intermittente du bassin.

Etat actuel. — Bon état général. Rien aux poumons.

REINS. — On ne sent pas le rein droit, aucune contraction de la paroi, aucune douleur même à la palpation profonde.

Le rein gauche est gros, pas abaissé, pas mobile, peu douloureux à une palpation profonde, pas de défense de la paroi, aucune douleur sur le trajet de l'uretère.

TOUCHER RECTAL. — Petite prostate, non bosselée, grande souplesse du plancher vésical.

TESTICULES ET ÉPIDIDYMES. — Un seul testicule. Le deuxième ayant été enlevé après un violent traumatisme.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME DES URETÈRES. — 9 avril. Orifice de l'uretère droit normal. Le cathétérisme est facile, donne des urines claires, sans albumine.

INOCULATION. — Un cobaye est inoculé avec les urines totales ; sacrifié, il présente de nombreux ganglions lombaires et de nombreux tubercules dans la rate. Quelques granulations aux poumons.

Un cobaye est inoculé avec les urines du rein droit : on n'a pas de lésions tuberculeuses nettes, sauf les ganglions lombaires.

18 avril. **NÉPHRECTOMIE.** — Grosse périnéphrite suppurée, dégénérescence caséuse du rein très augmenté de volume. On laisse six compresses de gaze dans la plaie, à cause d'une hémorragie.

Suites opératoires simples.

NOUVELLES DU MALADE. — Le malade a été revu à différentes reprises dans le service, depuis son opération. Etat général

excellent. Reprise complète de toutes ses fonctions. Urines claires.

Il y a deux mois encore on l'a rencontré dans un état de santé florissant.

OBSERVATION XV (Personnelle)

S..., femme de 38 ans.

Bien portante jusqu'à il y a 3 ans. A ce moment, a commencé par ressentir quelques douleurs du côté gauche avec de la cystite. On mit ces accidents sur le compte d'un petit fibrome utérin dont la malade était porteur en même temps et pour lequel un gynécologue pratiqua même la myomectomie. Les troubles rénaux continuèrent après l'ablation du fibrome; les urines devinrent de plus en plus sales et quand nous vîmes la malade il y a quatre ans (en 1906) les symptômes étaient les suivants :

Pyurie extrêmement accentuée, constituée parfois par du pus presque pur, pollakiurie nocturne très accusée, amaigrissement considérable, etc. L'inoculation au cobaye des urines de chaque rein fut positive, même du côté droit où le rein n'était pas perceptible du tout. A gauche on sentait une tumeur déjà volumineuse. La malade ne voulait pas qu'on l'opérât et attendit le dernier moment quand le rein droit suppurait lui-même, éclatait dans l'atmosphère péri-rénale et donnait un phlegmon péri-néphrétique.

L'opération fut très laborieuse en raison de la péri-néphrite et des adhérences. Le rein était énorme, même vidé il mesurait près de 20 centimètres de longueur (néphrectomie sous-capsulaire).

La malade supporta bien l'opération, mais la plaie fut très longue à se fermer; elle ne fut même complètement guérie qu'au bout d'un an.

La malade a engraisé de 10 kilogs. Se porte admirablement bien maintenant; les urines du rein restant qui étaient restées longtemps louches (peut-être à cause de la vessie qui était très sale), sont presque tout à fait limpides maintenant; elles ne contiennent pas d'albumine.

Malheureusement des cas aussi favorables sont rares, et plusieurs des observations que nous avons parcourues enregistrent des résultats déplorables. Duhot (Soc. Belge d'urologie 1907) voit son malade succomber un mois après l'intervention; Fontanilles, Guinard et Roux (Loire Médicale 1907), ne sont guère plus heureux. Dans leurs thèses inspirées par Rafin, Reynaud et Pagès citent des observations semblables. Indépendamment même de ces cas, qui arrivent rapidement à la terminaison ultime, les succès obtenus sont des plus aléatoires, et l'on peut se demander si la néphrectomie est bien légitime. Entre autres observations, citons celle d'Albarran (Presse Médicale 1905). Il s'agit d'une jeune fille de 24 ans, qui après la néphrectomie n'obtient qu'une amélioration médiocre de sa cystite, a une convalescence très longue, et la tuberculose évolue dans son rein unique. Voici deux observations analogues que nous devons à l'obligeance du Professeur Rochet.

OBSERVATION XVI (Personnelle)

S..., 35 ans, journalier.

Entre le 24 octobre 1908 dans le service du Professeur Rochet parce qu'il a des hématuries.

ANTÉCÉDENTS. — Son père, âgé de 73 ans, se porte bien. Sa mère est morte à 50 ans d'une affection pulmonaire ayant duré 4 à 5 mois. Il a eu 6 frères ou sœurs; l'un est mort un jour ou deux après sa naissance, les 5 autres sont vivants et bien portants.

Personnellement, rougeole à 9 ans; il dit ne pas avoir eu d'autres maladies, ne se souvient pas d'avoir été alité dans sa jeunesse; s'enrhume assez facilement les hivers, mais n'a pas

eu de pleurésie; quelques ganglions cervicaux sans suppuration; pas d'écoulement d'oreilles. Réformé au conseil de révision pour défaut de taille. Ni blennorragie, ni $\sigma\varphi$. Il boit deux litres de vin par jour, quelques aperitifs, eau-de-vie après le déjeuner.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — A l'âge de 25 ans, il commença sans cause apparente à souffrir en urinant; les mictions devinrent de plus en plus fréquentes; les urines se troublaient, surtout les dernières gouttes, dit le malade. Les douleurs étaient aussi plus vives à la fin de la miction, puis le malade ne tarda pas à uriner du sang; d'abord quelques gouttes à la fin de la miction, et bientôt l'hématurie augmenta; l'urine devint hématique en totalité. Ces hématuries étaient constantes, n'étaient influencées ni par le repos ni par la fatigue. Le malade entra à l'hôpital d'Avignon où il fit un séjour de trois mois. On lui fit des lavages de la vessie au nitrate d'argent. A la suite de ce traitement, grosse amélioration. Le malade ressentait encore quelques douleurs; mais plus de pyurie ni d'hématurie. Il reprit son travail après quelques mois de repos et ne ressentit aucun trouble jusqu'à l'année dernière, en janvier 1908.

A cette époque, après un répit de 10 ans, les douleurs recommencèrent et le malade présenta un tableau clinique absolument identique au premier. Douleurs, pyurie et, deux ou trois mois après, hématuries. De plus le malade commença à ressentir des douleurs dans la région lombaire du côté droit en même temps que son état général périlait. Ces douleurs n'étaient pas très vives et revenaient à intervalles assez irréguliers. Ces troubles ne disparaissant pas, il entre à l'hôpital.

Etat actuel : se plaint de douleurs lombaires et thoraciques du côté gauche.

MICTIONS. — Le jour une dizaine de mictions. La nuit 3 ou 4. La miction est douloureuse, surtout à la fin.

URINES. — Sans odeur, troubles, un disque d'albumine, hématiques avec des caillots dont quelques-uns longs de 1 à 2 centimètres paraissent moulés. Quantité des 24 h.: 1900. cc.

VESSIE. — Capacité : 130 c.c. 1908. 11. 12.

APPAREIL GÉNITAL. — Rien aux testicules, pas de noyau épидидymaire.

TOUCHER RECTAL. — Néant.

REINS. — Rein droit volumineux : la palpation est douloureuse. Le malade ne se plaignait que du côté droit. Rein gauche non perceptible.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Médiocre, amaigrissement assez considérable. Appareil pulmonaire : le malade tousse un peu, ne crache pas, aplatissement des fosses sus-claviculaires, submatité et obscurité aux deux sommets avec prédominance à droite. — Rien au cœur. — Langue bonne, appétit faible, digestions normales ; constipation.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — La vessie est recouverte sur toute sa surface, mais surtout à droite de débris purulents, elle saigne facilement, ce qui empêche une cystoscopie nette. De plus au niveau du plancher existent des caillots qui empêchent de voir les orifices urétéraux. Le cathétérisme du rein gauche donne de l'urine peu claire et semble pyurique aussi, elle donne un léger disque d'albumine. — Les urines du rein droit étaient très peu abondantes, très louches.

ANALYSE CHIMIQUE. — L'urine du côté gauche avait une teneur satisfaisante en chlorures, en urée et phosphates en $P^{2}O_5$.

L'urine du côté droit était très pauvre en ces éléments.

INOCULATION. — Le cobaye inoculé avec les urines du rein gauche meurt spontanément. Son autopsie décèle des lésions tuberculeuses très nettes au niveau de la rate, et des ganglions suspects dans la paroi.

Autopsie du cobaye inoculé avec les urines totales : ganglions et rate criblés de granulations, on a une ulcération de la paroi abdominale.

22 janvier 1909. NÉPHRECTOMIE DROITE — Opération laborieuse. Le rein enlevé est très adhérent, surtout au pôle supérieur, il est entouré d'une périnéphrite lipomateuse très accentuée, formant presque à elle seule le volume du rein que l'on sentait, avec quelques foyers crétacés en certains points. Le rein était transformé dans l'un des pôles en une coque contenant une matière pâteuse et blanche, analogue à du mastic de vitrier.

Examen histologique de la coque. — Sur les coupes, le parenchyme a pris l'aspect que l'on rencontre habituellement sur les poches de pyonéphrose : sclérose intense, petits foyers hémorragiques. On ne trouve pas de follicules tuberculeux typiques, mais à la surface interne quelques cellules prennent l'aspect épithélioïde, comme on le voit au voisinage des lésions tuberculeuses ; aussi la tuberculose est-elle vraisemblable, sans qu'on puisse l'affirmer néanmoins.

SUITES DE L'INTERVENTION. — L'opéré fut très long à se rétablir ; il eut même une inoculation tuberculeuse totale de la loge opératoire qui nécessita la réouverture du foyer au bout de trois semaines. Le taux des urines fut pendant longtemps très bas (700 gr.) ; elles étaient foncées, avec un disque d'albumine. Le malade gardait le lit et paraissait ne pas devoir se relever. Il reprit le dessus cependant au bout de quelques mois ; le taux des urines vint à 1600, toujours sales ; il fut renvoyé dans son pays (14 mai 1909).

DERNIÈRES NOUVELLES DU MALADE. — Il y 6 mois le médecin écrivait que le malade souffrait du côté opposé, les urines étaient toujours sales (n'ont d'ailleurs jamais été claires depuis l'opération), l'amaigrissement devenait considérable ; le malade lui semblait entrer dans une mauvaise voie.

OBSERVATION XVII (Personnelle)

G... Femme de 33 ans.

Entre à l'hôpital pour de violentes douleurs de cystite.

Le rein droit est considérablement augmenté de volume, le rein gauche n'est pas perceptible. On fait le cathétérisme des uretères.

L'inoculation est positive des deux côtés.

NEPHRECTOMIE EN 1901. — Le rein est volumineux, bosselé. On enlève 7 centimètres d'uretère.

Amélioration énorme après l'intervention, pendant près de huit mois, à tel point que la malade put se croire sur le point de guérir. Clouée au lit et à la chambre, avait repris sa vie habituelle, avait engraisé de plusieurs kilos. Le taux urinaire était resté satisfaisant après l'opération, mais les urines étaient assez troubles.

Moins d'un an après l'intervention la cystite reprenait aussi

douloureuse qu'autrefois, tellement douloureuse même qu'on fut obligé de faire une boutonnière vésico-vaginale qui la soulagea assez notablement.

Elle finit pourtant par succomber avec des urines de plus en plus purulentes et destruction de son rein laissé en place.

Néanmoins, les cas malheureux ne doivent pas nous faire oublier les succès inespérés que l'on peut obtenir après la néphrectomie (Obs. XIV et XV) et comme conclusion, nous croyons avec notre maître, M. Rochet, que lorsque le rein qui doit rester en place a une bonne teneur en urée et en chlorures, il faut cependant tenter la chance opératoire (*Audaces fortuna juvat*).

Là, en effet, on ne peut guère accuser la néphrectomie d'avoir favorisé l'extension de la tuberculose dans l'autre rein; sans opération, les malades seraient morts quand même, presque sûrement; c'était une chance qu'on leur donnait et on peut bien penser que, dans ces conditions, aucun traitement médical n'eût pu les prolonger longtemps, parce que l'évolution des choses, malgré la néphrectomie, a prouvé que la tuberculose était là spécialement grave.

SIXIÈME CATÉGORIE

Les deux reins sont peu malades

Dans cette catégorie nous faisons abstraction de la *tuberculose miliaire aiguë*, simple épisode d'une infection générale, pour laquelle la chirurgie n'a rien à voir.

Nous faisons également abstraction *des néphrites tuberculeuses*. Nous reconnaissons que le départ est souvent difficile à faire entre les néphrites tuberculeuses et les cas de notre catégorie ; c'est là un argument de plus en faveur de la non-intervention.

Quand les lésions semblent d'intensité à peu près égale des deux côtés, quel que soit, d'ailleurs, le degré des lésions, toute tentative d'intervention radicale est contre-indiquée ; car la portion de parenchyme épargnée par les lésions dans les deux reins peut, à la rigueur et pour un certain temps, suffire à la dépuration urinaire. En pratiquant la néphrectomie, on enlèverait un rein qui, malgré le degré de ses lésions, prend encore une part importante à la sécrétion urinaire, et non seulement on ne mettrait pas le malade à l'abri des dangers auxquels l'expose un foyer de tuberculose (car le rein laissé est aussi tuberculeux), mais encore on cour-

rait au devant d'un désastre immédiat, en privant le malade d'une certaine quantité de parenchyme nécessaire à la sécrétion (le rein laissé pouvant être aussi malade, parfois même plus malade que le rein enlevé). Ce sont, d'ailleurs, ces cas de lésions bilatérales qui assument presque à eux seuls la responsabilité des décès plus ou moins rapides après la néphrectomie.

La néphrotomie elle-même n'est pas à conseiller dans ces reins dont l'un n'est pas nettement gros et pyonéphrotique, comme dans la catégorie précédente ; le malade n'attirant pas spécialement l'attention sur l'un des côtés ; on n'a pas, comme dans la catégorie précédente, à débarrasser l'économie d'un gros foyer purulent, débarras toujours utile pour l'organisme ; il n'y a pas de grosses cavernes à ouvrir ; et d'ailleurs, en pareil cas, de quel côté devrait-on intervenir ? Serait-on sûr d'intervenir sur le rein le plus malade ?

Il faut s'en tenir au traitement médical qui pourra donner à ces malades une survie parfois longue, plus longue même que leurs lésions pourraient le faire supposer. En 1902, Delbet, à la Société de Chirurgie de Paris, cite les observations de malades atteints de tuberculose bilatérale qu'il suivait depuis trois et quatre ans. En 1903, Lewin, à la Société de Médecine de Berlin, rapportait les cas de tuberculeux rénaux bilatéraux qu'il suivait, l'un depuis treize ans, les autres depuis six et huit ans. Legueu, Le Für, ont cité des observations analogues. Récemment encore, au Congrès d'urologie de 1910,

M. Rochet relatait quelques observations longtemps suivies de tuberculeux rénaux non opérés. Il citait les observations de sept malades atteints de tuberculose rénale bilatérale, qu'il suit, l'un depuis 10 ans, un autre depuis 8 ans, les autres depuis 6 et 7 ans. Leurs lésions n'ont pas fait de sensibles progrès depuis que M. Rochet les suit. Mais ces observations ont trait à des malades jeunes (de vingt à trente-cinq ans) ayant un bon état général; ce sont des malades qui, de par leur situation sociale, ont le temps et les moyens de se soigner. Ils ont des formes légères de tuberculose rénale, les reins ne sont pas gros, ils n'ont pas de cystite douloureuse, n'ont pas de fièvre et ne présentent pas d'autres localisations tuberculeuses. Grâce au traitement médical, à une hygiène sévère, ces malades ne voient pas leurs lésions s'aggraver et on n'observe chez eux, à intervalles assez éloignés, que de la pollakiurie et une pyurie légère.

Nous citons ici deux observations analogues dues à l'obligeance du Professeur Rochet. Chez la première malade (Obs. XVIII), les troubles urinaires remontent à huit ans.

Chez la seconde (Obs. XIX) les troubles remontaient déjà à une dizaine d'années. Ces deux malades ont été suivies, elles présentent actuellement un bon état général, n'accusent pas de grands troubles, de temps en temps quelques douleurs, parfois de la pollakiurie avec des urines un peu troubles.

OBSERVATION XVIII (Personnelle)

P..., femme de 32 ans.

Entre le 13 septembre 1907, parce qu'elle a des envies d'uriner fréquentes et douloureuses.

ANTÉCÉDENTS. — Père mort à 71 ans ; mère morte à 50 ans d'affection inconnue ; cinq frères ou sœurs dont deux morts en bas âge.

Personnellement : rougeole dans l'enfance, adénite cervicale suppurée. Réglée à 14 ans ; depuis les règles sont régulières et douloureuses. A 16 ans, chlorose. Mariée à 24 ans. Mari vivant, mais toussant souvent l'hiver et éthylique. Un enfant mort à neuf mois. Une fausse couche de sept mois remontant à cinq ans.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Il y a cinq ans environ, quelque temps après sa fausse couche, elle commença à avoir des envies fréquentes d'uriner, mais ces mictions étaient peu douloureuses. Peu à peu, elle souffrit davantage, mais ne fit pas de sang. Les urines étaient troubles, d'odeur désagréable, dit-elle. Les mictions étaient peu abondantes, mais se répétaient tous les quarts d'heure. Comme elle allait de plus en plus mal et avait eu des hématuries, que le régime lacté et les lavages vésicaux n'amélioraient pas son état, elle se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Assez bon état général. Température à 39°.

REINS. — La palpation rénale ne détermine pas de douleurs, ne révèle pas de gros reins, mais la malade est très difficile à explorer en raison d'une contraction assez marquée de la paroi.

TOUCHER VAGINAL. — Ne révèle rien de particulier, ni du côté du vagin, ni du côté du col.

MICTIONS. — 12 mictions la nuit, autant le jour.

URINES. — Sont très troubles, uniformément, même après le repos. S'éclaircissent notablement après filtration. Disque d'albumine et d'urates. Quantité des 24 h. : 1900 cc.

CYSTOCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Le plancher est recouvert d'une épaisse couche de muco-pus, mais il n'y a ni ulcération, ni tumeurs. L'orifice urétéral est très dilaté,

entouré d'une zone de congestion ; le cathétérisme donne une véritable éjaculation de pus. L'orifice urétéral gauche paraît normal. Le cathétérisme donne de l'urine trouble.

L'INOCULATION est positive des deux côtés.

Décembre 1908 : Exeat.

La malade a été revue depuis à différentes reprises. Urines louches, pollakiurie. Quelques douleurs dans la région lombaire droite. Bon état général.

OBSERVATION XIX (Personnelle)

B... Antoinette, 26 ans.

Entre le 18 juillet 1907 pour des douleurs dans le flanc gauche

ANTÉCÉDENTS. — Père mort à 35 ans d'une fluxion de poitrine. Mère vivante. Pas de frères ni de sœurs.

Personnellement rougeole à trois ans ; depuis, tousses tous les hivers. Réglée à 13 ans, régulièrement et sans douleurs ; pas de maladies jusqu'à l'affection actuelle.

DÉBUT DE LA MALADIE. — Il y a 8 ans environ, la malade a ressenti dans la région lombaire du côté droit des douleurs pas très vives et assez espacées. Puis elle souffrit également du côté droit ; en plus elle souffrait un peu au moment des mictions qui étaient plus fréquentes que d'habitude. Ces troubles peu intenses au début, s'accusèrent de plus en plus et actuellement la malade se plaint de souffrir tous les jours. Toutefois ces douleurs ne sont pas très vives. Pas d'hématurie, pas de coliques hépatiques.

Etat actuel. — Bon état général. Bon appétit. Rien aux poumons, rien au cœur. Température normale.

MICTIONS. — Deux la nuit, six le jour.

URINES. — Deux litres d'urines par jour, urines louches.

REINS ET URETÈRES. — Les reins ne sont pas gros. Le rein droit est un peu douloureux, le gauche l'est moins.

TOUCHER VAGINAL. — Rien à signaler.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Le 23 juillet : le plancher vésical est très sale, mais sans ulcérations et même sans vascularisation anormale. L'orifice urétéral droit paraît normal, celui du côté gauche est oedématié, large et même

très rouge. Le rein gauche donne une urine très louche alors qu'à droite l'urine est claire, mais émise plus abondamment. On inocule deux cobayes avec les urines de chaque rein.

RÉSULTATS DE L'INOCULATION. — Autopsie du cobaye inoculé avec les urines du rein droit : dans le pli de l'aîne gauche correspondant à l'inoculation, ganglions caséeux ; ganglions lombaires gauches ; la rate contient des granulations nettes.

Autopsie du cobaye inoculé avec les urines du rein gauche : ganglions caséeux dans l'aîne et la région lombaire gauches. Rate très nettement tuberculeuse, foie et poumons remplis de granulations, ganglions cœliaques et trachéo-bronchiques.

Sept. 1907 — *Exeat*.

La malade a été revue à différentes reprises depuis son départ. Souffre moins en urinant. Ressent parfois « des lancées dans les côtés », les urines sont parfois troubles. Se plaint de maux d'estomac. Bon état général cependant.

Malheureusement dans la majorité des cas, les tuberculeux rénaux ne se comportent pas aussi bien en face de leurs lésions et ils arrivent plus ou moins vite à la date ultime.

Néanmoins ces faits sont consolants, ils sont même intéressants à connaître, car, ainsi que le faisait remarquer M. Rochet au congrès, ils montrent qu'il y a vraisemblablement des tuberculoses rénales très différentes les unes des autres, comme pronostic et comme évolution.

SEPTIÈME CATÉGORIE

Les deux reins sont très malades

Dans ces cas, rares d'ailleurs, on pourrait songer à enlever le rein le plus atteint, lorsqu'il présente une destruction avancée, est le siège de douleurs intolérables et amène de jour en jour une aggravation notable de l'état général.

Dans ces conditions M. Rochet est intervenu une fois. C'était chez une malade (obs. XX) dont un des reins était manifestement pyonéphrotique; quelques jours après la malade succombait d'urémie. Zücker-Kandl et Kümmel sont intervenus dans des cas semblables, les résultats qu'ils ont obtenus ne sont guère plus encourageants; sur cinq malades, un seul a survécu quelques semaines à l'opération. Dans sa thèse (1906), Reynaud cite l'Obs. 17 d'un malade opéré par Rafin, qui succomba rapidement après l'intervention, malgré la néphrotomie du rein restant. Gérard (Th. Lille 1909) cite l'obs. 13 d'un malade opéré par Carlier, le malade meurt d'anurie quatre jours après l'opération. Marion (Soc. chir. Paris, 22 nov. 1910) cite le cas d'une malade, chez laquelle il enleva le rein gauche qui présentait des lésions accentuées de tuberculose; la malade mourait

six jours après d'anurie : le rein droit était totalement détruit.

Voici l'observation du Prof. Rochet.

OSERVATION XX (Personnelle)

O..., Louise, 38 ans.

Entre le 3 décembre 1906 se plaignant de douleurs lombaires.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien dans ses antécédents héréditaires et collatéraux. Personnellement, rougeole à 10 ans. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement depuis cette époque. Mariée, deux enfants qui se portent bien, ainsi que son mari. L'année dernière, gastro-entérite à la suite de laquelle la malade ne digère plus aussi bien qu'auparavant. Il y a huit jours, souffrant de l'estomac (pesanteur après les repas) elle alla consulter un médecin qui trouva le rein droit volumineux, un peu abaissé; cette exploration ne fut pas douloureuse. La malade est alors envoyée à l'Antiquaille, service du Professeur Rochet.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Jamais de douleurs lombaires; pas de sang dans les urines.

Etat actuel (3 décembre 1906) : Malade qui semble peu gravement atteinte; a conservé à peu près son embonpoint. La température oscille entre 37°,5 et 37°,9.

MCTIONS. — Depuis quatre ou cinq mois la malade se lève trois fois la nuit pour uriner; le jour elle urine toutes les deux heures environ. Cette pollakiurie ne semble pas accompagnée de polyurie.

URINES. — Sont un peu sales, filirent troubles et contiennent un gros disque d'albumine, pas de sang. Quantité des 24 h. = 2 litres 100.

REINS. — A la palpation du côté droit de l'abdomen, on sent dans le flanc une tumeur pas très grosse, dont la forme rappelle celle du rein. Le rein est abaissé, semble projeté en avant, la main exploratrice le sent presque sous la peau. De plus il paraît plus volumineux qu'un rein normal, et non seu-

lement abaissé, mais dévié suivant une ligne oblique allant du bord inférieur des fausses côtes à la symphyse pubienne.

Le rein gauche n'est pas perceptible.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME DES URETÈRES. — La première séance de cystoscopie n'a pas été suivie de cathétérisme des uretères; le plancher de la vessie est très sale et impossible à éclaircir par les lavages. A la deuxième séance on cathétérise l'uretère gauche qui paraît ~~le~~ moins malade; la sonde de l'uretère gauche donne une urine rare, un peu moins trouble que l'urine totale, mais qui paraît correspondre à une sécrétion peu active. Quoi qu'il en soit, on recueille ainsi 25 à 30 cc. d'urine pour l'inoculation au cobaye.

INOCULATION. — L'inoculation de l'urine du rein gauche ayant été positive, on conseille à la malade le traitement médical. Exeat, le 22 décembre.

Le 21 janvier 1907. — La malade revient à l'hôpital. Elle présente les mêmes symptômes, toutefois elle accuse en plus des douleurs assez vives dans la région lombaire droite.

1^{er} février. NÉPHRECTOMIE PAR LA VOIE LOMBAIRE. — Incision prolongée à 1 ou 2 centimètres en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure. On arrive sur le rein nettement augmenté de volume et dont le pôle inférieur plonge vers la fosse iliaque interne. Quelques adhérences à ce niveau, ainsi qu'au pôle supérieur sont rompues. Le rein est luxé hors de sa loge; la capsule est incisée, le pédicule est pincé en masse. Dans la section, entre le rein et son pédicule une poche purulente est ouverte. On tamponne. Un drain et une mèche de gaze sont placés dans la fosse iliaque. Deux autres drains et deux mèches assurent le drainage de la loge rénale. Une mèche de gaze est placée sous la pince du pédicule pour éviter l'irritation que celle-ci pourrait causer. Suture de la paroi en deux plans.

Aspect macroscopique du rein enlevé: Volumineux, a conservé sa lobulation fœtale. Présente par place des points ramollis et fluctuants. A la coupe, les calices sont très distendus et pleins de pus, surtout ceux du pôle inférieur. A ce niveau, la substance corticale et la substance médullaire ne sont plus représentées que par une mince bande de parenchyme. Dégénérescence graisseuse des autres parties; dans la substance

corticale quelques tubercules dont quelques-uns sont en voie de ramollissement.

SUITES DE L'OPÉRATION. — Depuis le moment de l'opération la malade n'a pas émis une seule goutte d'urine. On sondait cependant la malade plusieurs fois par jour. Depuis l'opération la malade se trouvait très soulagée. L'état d'euphorie persista jusqu'au septième jour. A ce moment, le Cheyne-Stokes apparut et la malade mourut d'urémie, le 8 février.

AUTOPSIE. — On trouve un rein gauche moins volumineux que le droit et surtout plus atteint. Il est bosselé et les bosselures ne sont autre chose que des abcès développés dans chaque lobe et ayant détruit les deux substances, à tel point qu'il ne reste de la substance corticale qu'une membrane très mince limitant l'abcès du côté de la surface extérieure. A peine trouve-t-on du côté du bord interne du rein un endroit très exigu où la consistance est celle du rein normal. A la coupe on se rend compte que le rein a été transformé en un véritable foyer purulent à plusieurs diverticules.

Dans ces cas, la *néphrectomie* est donc formellement contre indiquée.

On pourrait, à la rigueur, recourir à la *néphrostomie* pour soulager le malade d'un gros foyer purulent, faire tomber la fièvre septicémique... , mais elle est presque fatalement suivie d'une fistule interminable, qui expose à des infections secondaires, à des inoculations tuberculeuses cutanées...

Aussi nous a-t-il paru intéressant d'attirer l'attention sur les avantages qu'on peut retirer de la simple *ponction rénale*, dont on ne paraît pas suffisamment apprécier les services en pareil cas; à cet effet, nous citerons l'observation suivante que nous devons à l'obligeance des Professeurs Jaboulay et Rochet.

OBSERVATION XXI

(Due à l'obligeance des Professeurs JABOULAY et ROCHET)

P..., 38 ans.

Soigné depuis 1901 pour des accidents de cystalgie et un peu de pyurie. Pendant plusieurs mois, et même jusqu'en 1905, le diagnostic fut hésitant, le malade rattachant à une ancienne blennorrhagie chronique l'origine de ses accidents; et de fait, à un moment donné, la prostate devint un peu grosse et le malade fut soigné pendant quelque temps par des instillations argentiques. On fit enfin, à son sujet, les véritables recherches et l'inoculation des urines montra nettement de la tuberculose. Les reins n'étaient ni gros ni douloureux, et la tuberculose finit par se traduire nettement du côté de la prostate par des grains durs, nettement sentis au toucher rectal.

Les symptômes de pollakiurie douloureuse avec épreintes prostatiques augmentant toujours et les indurations prostatiques semblant devenir caséeuses, on propose en 1906 un nettoyage périnéal de la prostate. L'opération fut faite, et pendant quelques mois, les symptômes douloureux et même la pyurie s'amendèrent considérablement. La plaie périnéale se ferma même complètement et sans fistule (on avait évacué par l'incision les bosselures les plus saillantes de la prostate et cureté ensuite).

Pendant ce temps, et jusqu'alors, aucun symptôme du côté des urines n'était apparu. Il avait été impossible de faire, en raison de l'irritation vésicale et des lésions prostatiques, non seulement la cystoscopie, mais même la séparation des urines; mais les explorations externes répétées du rein, des uretères l'analyse chimique des urines, montrant une conservation complète de la fonction rénale, il était permis de penser, sans en être positivement sûr cependant, que les reins n'étaient pas touchés, au moins en tant que formation d'abcès dans leur intérieur.

Deux ans environ après l'opération prostatique (1908), des symptômes rénaux objectifs apparurent du côté droit; en même temps les douleurs vésicales reparurent, et une pyurie, beaucoup plus marquée qu'elle n'avait jamais été; alors que

du temps de la prostatite, les urines conservaient encore une teinte jaune et étaient seulement purulentes par le dépôt qui s'y formait, maintenant elles étaient très blanches à l'émission et le culot se constituait par du pus presque pur.

Le rein droit était perceptible par la palpation, mais en raison de la difficulté à s'assurer de l'état du rein opposé, en raison surtout de l'opposition du malade à une opération grave, on attendit jusqu'à ce que le rein droit devînt tout à fait volumineux. Pendant ce temps, l'état général du malade avait périclité, les poumons présentaient quelques signes d'induration aux sommets et on ne pouvait proposer non seulement une néphrectomie, mais même une simple néphrotomie avec la perspective d'une fistule permanente, cachectisant encore le sujet, l'exposant à des infections secondaires et peut être à des inoculations de la paroi. M. Jaboulay conseilla alors une ponction du rein avec un gros trocart pour évacuer le pus rénal qui formait maintenant une grosse masse. Cela fut fait; on retira ainsi une grande quantité de pus presque pur et à la suite le malade fut notablement soulagé. Au bout de 10 à 12 jours, le rein étant redevenu un peu gros, on reponctionne de nouveau dans le même trajet, *qui s'était fermé* et on répète cette petite opération encore une autre fois. Peu à peu l'abcès ne se reforma pas, le malade devint apyrétique, le pus des urines diminua considérablement et on envoya le malade à la campagne.

Depuis lors (depuis plus de deux ans par conséquent) l'état du malade s'est maintenu assez satisfaisant; il a toujours de la pollakiurie et de la pyurie, mais il va et vient, s'alimente très bien et, loin d'être guéri, il est cependant dans un état qu'on n'aurait pas pu espérer, croyons-nous, après une néphrotomie.

N. B. *Cette observation tend à montrer quels services peut rendre la simple ponction rénale, opposée à la néphrotomie dans les cas où la néphrectomie ne peut être proposée.*

Le chirurgien doit aussi intervenir quand la situation se complique d'un phlegmon périnéphrétique

(rupture du rein pyonéphrotique dans sa loge, par exemple), pour lutter contre les symptômes généraux graves, les douleurs violentes, qui impliquent une intervention rapide.

Mais, en dehors du phlegmon périnéphrétique, en dehors des douleurs intenses pour lesquelles on ne peut refuser au malade le bénéfice de la néphrostomie ou de la ponction, on ne doit avoir recours qu'au traitement médical, vu le danger de l'intervention quand le degré des lésions est aussi avancé.

Mieux vaut souffrir que mourir

Telle est la devise.....

sinon de tous les hommes, comme disait le fabuliste, au moins de bien des hommes, et le chirurgien aurait grosse responsabilité à vouloir la changer.

CONCLUSIONS

Les tuberculeux rénaux peuvent se diviser *cliniquement* en 7 catégories principales :

1. — Dans une **première catégorie** (un rein à gros abcès, pyonéphrotique ; l'autre complètement sain) : *la néphrectomie est indiquée de façon typique pour tout le monde.*

2. — Dans une **seconde catégorie** (un rein très malade, sans être pyonéphrotique ; l'autre complètement sain) : *la néphrectomie est encore indiquée pour tout le monde.*

3. — Dans une **troisième catégorie** (un rein peu malade, simplement positif à l'inoculation ; l'autre complètement sain) : *la néphrectomie est discutable pour nous, tout au moins proposée d'emblée et de façon précoce, sauf indications spéciales* (douleurs rénales ou vésicales vives, hématuries abondantes, etc.).

.....

4. — Dans une **quatrième catégorie** (un rein très malade ; l'autre pas très sain, mais non positif à l'inoculation cependant).

α) En cas d'albuminurie légère, avec ou sans cylindrurie (cylindres hyalins ou cylindres granu-

leux en très petit nombre), *la néphrectomie est indiquée encore.*

β) Si l'albumine dépasse le gramme et si les cylindres granuleux sont plus nombreux, mais encore en petit nombre, *la décision opératoire sera basée sur le degré de perméabilité et de capacité fonctionnelle du rein qui doit rester en place.*

γ) Si les lésions de néphrite sont très accusées (forte proportion d'albumine, cylindres granuleux abondants) : *la néphrectomie est contre-indiquée.*

.....

Ces quatre catégories ont trait à des tuberculoses **unilatérales.**

Celles qui suivent visent les tuberculoses **bilatérales**

.....

5. — Dans une **cinquième catégorie** (un rein nettement abcédé ou pyonéphrotique; l'autre simplement positif à l'inoculation et paraissant peu touché) : la néphrectomie a donné des résultats inespérés, mais aussi des insuccès; devant ces résultats bons et mauvais sensiblement égaux de part et d'autre, nous croyons *qu'il faut tenter la chance opératoire* (sauf contre indications nettes cependant, tirées de l'état général, des poumons, etc).

6. — Dans une **sixième catégorie** (les deux reins sont encore peu touchés, mais leurs lésions paraissent égales) : *la néphrectomie nous paraît contre-indiquée*, surtout parce qu'on est exposé à enlever le rein le moins malade, laissant le plus malade en place.

7. — Dans une **septième catégorie** (les deux reins sont gros, nettement suppurés tous les deux): *la néphrectomie est formellement contre-indiquée*; d'autres opérations palliatives sont seules applicables, comme urgence ou pis-aller.

Le Président de la Thèse,
JABOULAY.

Vu :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Lyon, le 24 novembre 1910.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université.
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Indications opératoires dans la tuberculose rénale (*Revue de Chirurgie*, Paris 1897, p. 1044).
- Sur la tuberculose rénale (*Presse Médicale*, 1900).
- Discussion sur la tuberculose rénale (Assoc. franç. Urologie, 1903).
- Tuberculose rénale. Diagnostic et indications thérapeutiques (*Presse Médicale*, Paris 1905, p. 637).
- Lésions du rein du côté opposé dans la tuberculose rénale unilatérale (*Ann. mal. org. gén. urin.*, 1907).
- Indications de la néphrectomie dans la tuberculose rénale (*Revue pratique des mal. des org. gén. urin.* mai 1908, p. 73).
- ALESSANDRI. — Pus la tub. renale guarari colli solla nefrotomia (*Bull. d. r. Acad. med. de Roma*, 1906, p. 361 à 370).
- BÉRARD. — Néphrectomie pour tuberculose rénale au début. *Lyon Medical*, 1907, C. IX, p. 903).
- Tuberculose rénale fermée (*Presse Médicale*, 1^{er} janvier 1910).
- BERNARD (L.). — Les affections tub. des reins (*Bulletin Méd.* 1905, Nos 8, 10, 12).
- BEZAGUET. — Contributions à l'étude du traitement chirurgical de la tub. du rein (Thèse, Paris 1898).
- BLEYNIE. — L'avenir des femmes néphrectomisées qui deviennent enceintes (Thèse, Paris 1910).
- BOISSON. — Néphrectomie pour tuberculose rénale (*Journal Méd. de Bruxelles*, 1907, p. 424, 428).
- BOUGLÉ. — Tub. rénale. Résultat 28 mois après l'opération (*Annales* 1901, p. 185).

- BRONGHERSMA. — Rapport sur l'interv. dans la tub. rénale (Congrès d'urologie, Paris, 1908).
- BROWN (T.). — Tub. rénale (*Ann.* 1898, p. 516).
- CARLIER. — De l'intervention chirurgicale dans la tub. rénale (Ass. fr. urologie 1897; *Echo Méd.* 1897, p. 515).
- Interv. chirurgicale dans tub. du rein (*Ann.* 1898, p. 869).
 - Discussions sur interv. chirurg. dans tub. rénale (*Bulletin de méd. Soc. chirurgie, Paris*, 1900, p. 536).
 - Néphrectomie pour tub. du rein (*Echo Médical du Nord* 1905, p. 223).
 - Rein tuberculeux (*Echo Médical Nord*, 1907).
 - De l'intervention chirurg. dans la tub. rénale (Ass. urologie, Paris 1908).
- CASPER. — *Semaine Médicale* 1908, p. 288.
- Ueber die Bedeutung der funktionellen Nierenuntersuchung (*Deut. Med. Woch.*, 17 nov. 1910).
- CATHÉLIN. — Comment se comporter en présence d'une tuberculose rénale (*Revue gén. de chirurgie et de théér.*, Paris, 1905, p. 644)
- Diagnostic et traitement chirurg. de la tub. rénale (*Folia urologica*, T. I., c. 2, 1907).
 - Gros rein tubercul., néphrectomie (*Bull. Soc. Chirurgie*, 3 mars 1908).
- CHALIER. — Néphrectomie pour tuberculose rénale au début (*Lyon Médical*, 1907).
- CHARRIER. — Tub. bilatérale du rein. Soc. anat. et pharm. Bordeaux, 7 nov. 1907. (*Journal de médecine de Bordeaux*, n° 52, 1909).
- CHATIN. — Tub. rénale (*Revue int. de méd. et chirurgie*, Paris 1907, p. 361).
- DALAYRAC. — Quelques néphrectomies pour tub. rénale (Thèse Paris, 1910).
- DAVIS. — Renal tuberculosis : diagnosis and indications for operation (*Boston M. Journal*, 1908. CVIII, page 4).
- DELBET. — Tub. rénale (*Ann.* 1901, p. 41).
- De la curabilité de la tub. rénale (*Ann. Soc. méd. Chirurgie de Liège* 1905, p. 335).
 - Des conditions de curabilité de la tub. rénale (Ass. fr urologie 1905-1906, p. 556).

- DELBET. — Tub. rénale (*Annales org. gén-urin.* 1907, n° 12).
- DESCHAMPS. — Contrib. à l'étude de la guérison spontanée de la tub. rénale (*Annales* 1907, p. 589).
- DESNOS. — Résultats de la néphrectomie dans la tub. urinaire (*Ann. méd. chirurg. Liège* 1905, p. 338).
- Ass. fr. urologie 1905-1906, p. 543.
 - Pronostic dans tub. rénale (*Bull. méd. Paris* 1907, p. 71).
 - De la néphrectomie dans les cas graves de tub. rénale (*J. de méd. de Paris* 1908, 2 s., XX, 14).
- D'HAENENS. — Discuss. sur tub. rénale (*Bull. et mém. Soc. Chirurg. Paris* 1900, p. 607, 638, 675, 711, 774).
- DUHOT. — La tuberculose rénale et son traitement opératoire (*Ann. Policlinique cent. Bruxelles*, nov. 1906).
- Quatre néphrectomies (*J. Méd. de Bruxelles* 1907, p. 605).
 - Quatre cas nouveaux de néphrectomie pour tub. rénale (*Ann. génito-urin.*, 1907, p. 1687).
 - La tuberculose rénale ne peut guérir que chirurgicalement (*Ann. policl. cent. Bruxelles*, décembre 1907, p. 353).
 - Trois cas nouveaux de néphrectomie pour tub. rénale (*Presse méd. belge* 1908, p. 54).
- DUVERGEY. — Pyonéphrose tub. (*J. de Méd. de Bordeaux*, 1907).
- ESCAT. — Lésions du rein opposé dans la tub. (Ass. urol. 1907).
- FONTANILLES, GUINARD ET ROUX. — Tub. rén. bilatérale (*Loire Méd.*, 1907, p. 121).
- FULLERTON. — Tuberculosis Kidney (*British Med. Journal*, 1907).
- GAYET. — Conférence clinique en juin 1910. — Service de M. Jaboulay.
- GÉRARD (M.-F.). — L'avenir des néphrectomisés pour tub. rénale (Thèse Lille 1909).
- GUILLAUD. — Thèse Lyon, 1890.
- HERESCO. — Zwei Nierenextirpationen wegen pyonephrose und tub. (*Revisite de Chir.*, n° 1, page 44).
- Congrès urologie 1908.
- HEYDENREICH. — Interv. chirurg. dans la tub. rénale (*Semaine Médicale*, 1903, p. 321).

- HOCHE. — De la guérison possible de la tub. rénale (*Revue Méd. de l'Est*, oct. 1908, p. 102).
- ISRAEL. — Die Endresultate meiner nephrectomien für Tuberc. (*Folia urologica*, 1907).
- JABOULAY. — Communications orales.
- JOHNSON. — Nephrectomy for tuberculosis (*Ann. Sug. Phila.*, 1908, VIII, XI, p. 448).
- KAESMANN. — Ueber primäre Nierentuberkulose (Inaug. dissert. München, 1907).
- KARO. — Münch. med. Woch., 14 sept. 1909 (*Bull. Méd.*, 22 sep. 1909).
- KORNFELD. — Sur la tub. rénale (*Revue de Chirurgie*, sept. 1908, p. 428).
- KRÖNLEIN. — Ueber Nierentuberkulose und die Resultate ihrer operativen Behandlung (*Archiv. für Klin. Chir. Berlin*, 1904, p. 277).
- Weitere Erfahrungen über Nierentuberkulose und die Endresultate von 71 Nephrectomien wegen Tuberkulose (*Folia urologica* 1908, p. 245).
- KUMMEL. — Soc. méd. Hambourg (29 nov. 1904).
- LAMBERT. — Indications néphrect. et néphrot. dans tub. rénale (*Revue pratiq. mal. org. génito-urinaires*, 1907-1908).
- LAROCHE. — Th. Bordeaux, 1895.
- LAUBRY. — Les affections tuberculeuses des reins (*Trib. méd.*, 1905, p. 1262).
- LAVAUX. — Traitement de la tub. rénale (Chirurg. contemp. des org. génito-urin., janv. 1906, p. 78).
- LECÈNE. — Tub. rénale à forme scléreuse (Soc. anat., 1^{er} juin 1908, *Presse méd.* 1906, p. 362).
- LECLERC-DANDY. — Tub. rénale, néphrectomie (*J. méd. Bruxelles*, 1906, p. 15).
- LE FUR. — Traitement de la tuberculose rénale (*Revue pratique des mal. des org. génito-urinaires*, 1^{er} mai 1910).
- LEGUEU. — Indications de la néphrectomie. (*Annales*, 1901).
- LOUMEAU. — Pyonéphrose tuberculeuse (*Soc. Méd. de Bordeaux*, 1907).
- LUGARDO. — La terapia chir. nella tuberc. renale. Venise, 1907.
- MACAIGNE et VANVERTS. — Tub. rénale guérie par transformation fibreuse totale (*Bull. Soc. anat.*, 1898, p. 173).

- MANTOUX. — Traitement par la tuberculine des tub. urinaires (*Presse méd.*, 21 septembre 1910).
- MARION. — Indicat. thérap. dans la tub. rénale (*Journal des praticiens*, avril 1908).
— *Bulletin Société de Chirurgie de Paris* (22 nov. 1910).
- MATAGNE. — Un cas de tuberculose du rein guérie par la tuberculine (*Ann. de la polyclin. cent. Bruxelles*, nov. 1908, p. 346).
- MAUGEAIS. — Action d'un rein malade sur le rein opposé (Thèse Paris, 1908).
- MIRABEAU. — Tub. rénale (*Presse Médicale*, 1905).
- MORTON. — Tuberculosis of the Kidney (*New-York Méd. Journ.*, 1906).
- NEGRI. — La therapia chirurgica nella tubercolosi rénale (Clin. chir. 1907).
- NICOLICH. — Cura chirurgica della tub. ren. (Folia urologica, p. 23).
— Congrès intern. urologie, 1908.
- OPPEL. — Tub. off. the kidney (*Russ. Vrach St-Petersbourg*, 1907, VI, p. 92).
- PAGÈS (Ed.) — Néphrectomie pour tub. rén.; indic. et résultats (Thèse Lyon, 1909).
- PALET. — Résultats de la néphrect. dans la tub. rénale (Thèse Lyon, 1897).
- PAPIN. — Tub. du rein (*Bull. Soc. anat.*, 1906).
- PATEL. — Pyonéphrose tuberculeuse. Néphrotomie puis néphrectomie (*Lyon Méd* 1907, p. 108).
— Deux cas de tub. rénale traités par la néphrectomie (Soc. de Méd. de Lyon 19 sept. 1906).
- PAUCHET. — Contr. à l'étude de la tub. rénale et partic. de son trait. chirurg. (*Revue de gynécologie et chirurg.* 1905 p. 509).
Tub. rénale (*La Clinique* n° 26, 1908).
- PÉCHÈRE. — Le rein tuberculeux est susceptible de guérison par les moyens médicaux (*Presse méd. Belge* 1907), page 869, 899).
- PÉLICAND. — Tub. du rein droit; collection périnéphrétique. néphrectomie, guérison (Soc. de méd. de Lyon 1906).
- PERCHERON. — De l'interv. chirurg. dans la tub. rénale (Thèse Paris 1897).

- PETIT et BELLEY. — Tub. rénale à forme hématurique (*Soc. anat. et phys. Bordeaux* 1907).
- PIELICKE. — Tuberkulin gegen Nierentuberkulose (*Zeitsch für Urologie* 1909).
- POUSSON. — Traitement chirurgical de la tub. rénale (*Bul. méd. Paris* 1903 p. 81. *Annales* 1905).
- RAFIN. — Néphrectomie dans tub. rénale (*Lyon Méd.* 1905, p. 613, 670. *Lyon Méd.* 1906, p. 1021).
- Gravité opératoire de la néphrectomie pour tuberculose (*Lyon Médical* 1908, p. 30, 57, 61).
- REYNAUD. — Contrib. à l'étude de la tub. rénale et de son traitement par la néphrectomie (Thèse Lyon 1906).
- RIVIÈRE. — Rein droit tuberculeux (*Soc. chirurg. de Lyon*, 27 février 1907).
- ROCHET. — Chirurgie du rein et de l'uretère, Lyon 1900.
— Associat. franc. urologie, 1910.
- ROVSING. — Indications et résultats de la néphrectomie pour tub. rénale (*Arch. für klin. Chir. Berlin*, 1905).
- SAHLI. — Tuberkulin. Behandlung, Bâle 1910.
- SALOMON. — Thèse Paris 1904.
- STEINER. — Die Frage der Frühoperation bei Nierentuberkulose (1. Kongress der ungar. Gesellschaft der Chirurgie 1907).
- STEWART. — Nephrectomy for tuberculosis of the kidney und ureter (*Ann. Surg. Phila.*, 1908, XI, VII, p. 144).
- TEISSIER. — Congrès internat. d'urologie, 1900.
— Congrès de médecine interne, 1910.
— Communication orale.
- TESSON. — Tub. rénale (*Archiv. méd. Angers* 1907, p. 137).
- THOMAS. — Thèse Paris 1891.
- THÉVENOT et BATIER. — De la bacillurie tuberculeuse (*Proc. Médicale*, février 1907, p. 57).
- TIXIER. — Tuberculose massive du rein gauche (*Lyon Médical*, 1902).
- TINEL. — Néphrites tuberculeuses (*Gazette des Hôpitaux*, 1907).
- TUFFIER. — Monogr. clinique 1898.
— Intervention chirurg. dans la tub. rénale (*Annales* 1897, p. 712).
— Traitement de la tuberculose du rein (*Bull. et mém. Soc. de chir. Paris* 1900, p. 583).

VIGNERON. — Thèse Paris 1892.

VILLARET. — Tuberculose rénale (*Revue de la tuberc.* 1907, p. 186, 272).

VON HYÈS. — Sur la tub. rénale (*Folia urologica*, mars 1908).

WILDBOLZ. — Tuberk. kavernose Niere (*J. med. zu Berne*, 5 mars 1907).

WHITE. — Nephrectomy for tuberculosis (*Occidental M. Times*, San-Francisco 1903).

ZUCKERKANDL. — Tub. rénale (*Deutsche med. Woch.*, juillet 1906).

